

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1919-1920. — N° 132

CATARACTE ET DACRYOCYSTITE

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 17 mars 1920

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Louis DUHAMEL

Né à Gières (Isère), le 13 octobre 1885

Ancien interne des Hôpitaux d'Oran

Médecin aide-major de 1^{re} classe de réserve

Décoré de la Croix de Guerre et de la Médaille des Épidémies



GRENOBLE

IMPRIMERIE ALLIER FRÈRES

26, cours de Saint-André, 26

—
1920

CATARACTE ET DACRYOCYSTITE

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1919-1920. — N° 132

CATARACTE ET DACRYOCYSTITE

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 17 mars 1920

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Louis DUHAMEL

Né à Gières (Isère), le 13 octobre 1885

Ancien interne des Hôpitaux d'Oran

Médecin aide-major de 1^{re} classe de réserve

Décoré de la Croix de Guerre et de la Médaille des Épidémies



GRENOBLE

IMPRIMERIE ALLIER FRÈRES

26, cours de Saint-André, 26

1920

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. HUGOUNENQ Doyen
J. LEPINE Assesseur

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. AUGAGNEUR, SOULIER, CAZENEUVE, PIERRET, BEAUVISAGE
LACASSAGNE, MORAT, TESTUT

PROFESSEURS

Cliniques médicales.....	MM. TEISSIER
	ROQUE
	BARD
	TIXIER
Cliniques chirurgicales.....	BERARD
	FABRE
Clinique obstétricale et Accouchements.....	ROLLET
Clinique ophtalmologique.....	NICOLAS
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	LEPINE (J.)
Clinique des maladies nerveuses et mentales.....	WEILL
Clinique des maladies des enfants.....	POLLOSSON (A.)
Clinique des maladies des femmes.....	CLUZET
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie..	HUGOUNENQ
Chimie biologique.....	MOREL
Chimie organique et Toxicologie.....	MOREAU
Matière médicale et Botanique.....	GUIART
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.....	X...
Anatomie.....	POLICARD
Anatomie générale et Histologie.....	DOYON
Physiologie.....	COLLET
Pathologie interne.....	MOURIQUAND
Pathologie et Thérapeutique générales.....	PAVIOT
Anatomie pathologique.....	X...
Médecine opératoire.....	ARLOING (F.)
Médecine expérimentale et comparée.....	ETIENNE MARTIN
Médecine légale.....	COURMONT (P.)
Hygiène.....	PIC
Thérapeutique.....	FLORENCE
Pharmacologie.....	

PROFESSEURS ADJOINTS

Maladies des oreilles, du nez et du larynx.....	MM. LANNOIS
Pathologie externe.....	VALLAS
Maladies des voies urinaires.....	ROCHET

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Chimie minérale.....	MM. BARRAL.	agrégé
Propédeutique de gynécologie.....	CONDAMIN,	—
Chirurgie infantile.....	NOVE-JOSSERAND,	—
Accouchements.....	COMMANDEUR,	—
Embryologie.....	LATARJET,	—
Anatomie topographique.....	PATEL,	—
Botanique.....	BRETIN,	—
Chirurgie expérimentale.....	VILLARD,	—
Clinique infantile.....	X...	—
Déontologie et médecine professionnelle.....	X...	—

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
BARRAL	BRETIN	GARIN	DUROUX
COMMANDEUR	LERICHE	SAVY	BONNAMOUR, char-
NEVEU-LEMAIRE	THEVENOT (Léon)	FROMENT	gé des fonctions
LAROYENNE	TAVERNIER	THEVENOT (Lucien)	SARVONAT, id.
VORON	CADE	PIERY	FAVRE, id.
NOGIER	GUILLEMARD	COTTE	GRAVIER, id.
LATARJET			ROUBIER, id.

M. BAYLE, Secrétaire

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. ROLLET, Président.
VILLARD, COTTE, Agrégés.
DUROUX, Assesseur.

La Faculté de Médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A la Mémoire de mon Père.

A ma Mère.

A ma chère Femme.

A mes Frère et Sœur.

*A la Mémoire de mon Trisaïeul, le Docteur Sautereau,
Médecin et Ami intime du Général Lafayette.*

*A la Mémoire de mon Grand-Oncle, le Docteur Henri
Dumont, Docteur en Médecine de la Faculté de Paris,
Chirurgien de la Faculté de Strasbourg, Médecin des Hôpi-
taux de Paris.*

A mes Parents, à mes Amis.

*A mon Maître, le Docteur Jasseron, Médecin oculiste
des Hôpitaux d'Oran.*

*A la Mémoire de mes Camarades de l'Armée d'Afrique
tombés sur les champs de bataille de la Grande Guerre.*

*A mes Anciens Compagnons d'Armes du 94^e Régiment
d'Infanterie.*

*A mon Président de Thèse, Monsieur le Professeur
Rollet, Professeur de Clinique ophtalmologique.*

A mes Juges.

A Monsieur le Professeur Rollet revient l'idée première et la direction de ce travail. Nous désirons qu'il puisse y trouver le principe et l'esprit de sa méthode. Qu'il soit assuré de notre reconnaissance et de notre profonde gratitude.

A Monsieur le Docteur Jasseron, Médecin ophtalmologiste des Hôpitaux d'Oran, dont je fus l'interne, et qui m'aida si puissamment dans mon éducation professionnelle. Puisse-t-il me permettre de lui témoigner ici mon inoubliable attachement.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

PRÉFACE

Les hasards m'ont permis de me retirer indemne du plus terrible des cataclysmes que l'Europe ait connus. Après l'armistice du 11 novembre 1918, avec tous mes camarades de la ligne de feu, c'est avec une ardeur rajeunie que nous nous sommes remis à nos chères études d'avant guerre.

Pendant plus de quatre ans, il nous a fallu tout abandonner pour aller soigner ou, disons plus justement, soulager du mieux que nous le pouvions les pauvres et humbles héros qui, chaque jour, préparèrent par leur admirable et totale abnégation notre grande Victoire, qu'imposa par son cerveau, par son cœur et par son inébranlable énergie M. le Maréchal Foch.

Pendant quatre longues années, nous avons vu bien des misères, bien des souffrances, et si nous regrettons profondément de n'avoir pu leur donner plus de soulagement, nous avons du moins la consolation de croire que nous ne pouvions pas mieux faire sur ces vastes champs de bataille modernes, véritables royaumes de l'horreur et de l'anéantissement. Mais, en revanche, quel vaste champ fertile d'observations pour un homme calme, qui sait rester en possession de toutes ses facultés et aimant la méditation ! Que d'étonnantes observations psychologiques, morales et médicales ! Que d'heures passées à réfléchir dans le coin obscur d'un abri, soit dans un secteur calme, soit, si souvent aussi, dans ces périodes aiguës que nous connaissons tous : la Bataille, moments inoubliables où, chacun,

nous nous dépensâmes, en plein vent, à donner à toutes ces malheureuses victimes les soins les plus rudimentaires.

Et puis, c'étaient les moments de la visite médicale, où nous devions faire œuvre de praticiens et de cliniciens avertis. Alors venaient à nous tous les infortunés malades qu'il fallait faire diriger sur les formations de l'arrière et aussi toute la série des pauvres diables qui, las de souffrir, las de combattre, dont le moral commençait à chanceler, venaient trouver le major pour tâcher de l'apitoyer et de lui soutirer la bienheureuse « évacuation ».

Sans doute, nous comprenions et nous aurions voulu pouvoir sauvegarder toutes ces vies de vingt ans, qui devaient être si utiles plus tard pour refaire la patrie si abominablement meurtrie, et celles, aussi précieuses, de ces innombrables pères de famille qui n'avaient pas hésité à abandonner ce qui leur était le plus cher pour aller défendre les intérêts de la patrie si menacée. Mais il n'était pas possible d'épargner tant de monde. Alors le jeune toubib devait se raidir, l'étudiant d'hier, jadis habitué à une vie insouciant et éloignée des responsabilités, devait soudain se comporter en homme, il lui fallait alors parler, convaincre, savoir en imposer à tous ces soldats dont plus d'un avait le double de son âge.

Oui, la plus grande part de notre reconnaissance doit aller à tous ces jeunes médecins auxiliaires, médecins aide-major de 2^e ou de 1^{re} classe à titre temporaire, tous étudiants, si nombreux dans les divisions d'infanterie et qui, par leur noble exemple, leur gentille et entraînante énergie, contribuèrent si puissamment à conserver au soldat son haut niveau moral, d'où, avant tout, dépendait le sort de nos armes.

A tous nos braves camarades, tombés en héros sur les champs de bataille de la Grande Guerre, nous gardons notre meilleure estime. A eux ira toujours l'expression de notre profonde reconnaissance et toute l'admiration de leurs compagnons d'armes.

CHAPITRE I

De la nécessité de l'asepsie et de l'antisepsie des culs-de-sac conjonctivaux avant l'opération de la cataracte.

Après les remarquables progrès de la chirurgie générale, dus à l'application rigoureuse des méthodes aseptiques et antiseptiques, il n'est personne qui ne puisse reconnaître leur incontestable utilité et leur nécessaire et constante application.

Actuellement, la méthode aseptique, après bien des tâtonnements et une suite de pratiques compliquées, vient de trouver son critérium dans le badigeonnage à la teinture d'iode, sans lavage préalable, de la région où l'on veut opérer.

Devant un procédé aussi simple, il est désormais permis de supposer qu'il ne sera guère possible de trouver quelque chose de plus sûr et de plus facile à appliquer, puisqu'il ne donne jamais aucun déboire et puisque maintenant tous les hommes de l'art y ont recours sans aucune exception.

Il n'en est pas de même de la méthode dite antiseptique, car il n'y a pas en effet, à proprement parler, une et une seule méthode antiseptique.

Jusqu'à présent, et actuellement encore, on a recours à des procédés fort divers, variant soit avec les écoles, soit, dans une même école, avec les individus. Les Anglais, gens traditionnalistes, donnent toute leur préférence à l'acide phénique, tandis qu'en France et ailleurs, moins persuadés

de l'efficacité de cette panacée, nous essayons un peu tous les produits de la chimie.

Cependant, chacun veut s'attacher à un système et affirme et prétend vouloir le tenir pour le meilleur, bien qu'en conscience il sache fort bien que trop souvent, malgré toute son application et sa bonne volonté, il n'a pu obtenir les résultats qu'il souhaitait.

Mon affirmation, hélas, n'est point discutable, et ce n'est pas entreprendre un procès à l'antisepsie que d'en critiquer les formules diverses, admises pour le moment et qui seront changées demain.

Elle tend simplement, cette affirmation, à bien mettre en évidence que le procédé antiseptique de choix reste encore à trouver, et notre seul regret est d'avoir à déplorer que cette méthode n'ait pas encore réussi à mettre à notre portée une formule aussi générale et aussi simple que celle qui nous est connue pour la méthode aseptique.

Il faut cependant remarquer que la chirurgie opératoire moderne a réussi à détourner les difficultés que lui offrait l'antisepsie, en utilisant, le plus souvent qu'elle le pouvait, la méthode aseptique. C'est pourquoi les procédés antiseptiques sont, pour ainsi dire, relégués en deuxième plan chez elle.

Mais il n'en est pas de même lorsqu'il est question de la chirurgie oculaire. Il est certain, toutefois, que lorsqu'on doit opérer un trichiasis, un entropion, faire une dacryocystectomie, par exemple, on peut et on doit avoir recours à la méthode aseptique. Mais toutes les fois qu'il faudra agir chirurgicalement sur le globe oculaire proprement dit, cette méthode n'est plus utilisable, on se trouve face à face avec une difficulté qu'il paraît impossible de tourner. La

méthode aseptique convient très bien à toutes les régions dont le plan superficiel est un plan cutané, mais elle devient inapplicable, parce que dangereuse, toutes les fois que la peau fait place à une muqueuse, et notamment à la conjonctive oculaire.

Il n'en demeure pas moins certain que les culs-de-sac conjonctivaux ne constituent pourtant pas par eux-mêmes des milieux aseptiques.

La bactériologie nous apprend, en effet, qu'on y rencontre une flore bactérienne aussi riche que celle que nous savons exister sur toute muqueuse de la bouche et du nez. Il y a en particulier un microbe qui s'y trouve très souvent, qui est le pneumocoque. Avec une égale fréquence ce microbe peut être reconnu sur la muqueuse buccale ou nasale.

Or, chacun sait que, pour des causes aussi diverses que nombreuses, ce microbe, qui jusque-là vivait en saprophyte parfaitement inoffensif dans un pharynx, peut soudain sortir de sa vie léthargique, végétative, pour devenir cet agent vulnérant qui ira dans le poumon provoquer les graves désordres qui s'y produisent, phénomènes dont les symptômes réunis caractérisent ce qu'on est convenu de désigner sous le nom de pneumonie. Or, il semble bien en être de même pour l'œil, avec toutefois cette différence que ce ne sera pas par suite de migration que ce microbe tout à coup manifestera son activité, mais ce sera simplement sur place qu'il deviendra virulent et qu'il se manifestera tout aussi bruyamment en provoquant une conjonctivite purulente à forme plus ou moins grave, virulence qui sera facteur de la nature même de ce microbe et de la résistance de l'individu sur lequel il agira.

Il faut, de plus, remarquer que ces manifestations ocu-

laïres de l'infection microbienne ne se font pas par graduation, mais d'emblée elles acquièrent un maximum de gravité et d'intensité.

C'est la crainte de l'apparition de ces infections, ayant le plus souvent une symptomatologie assez rapprochée, quel qu'en soit l'agent causal et qui demeurerait en saprophyte inoffensif au préalable sur cette conjonctive, et surtout la perspective de leurs complications, qui ont si longtemps retenu les oculistes dans leur désir d'intervention chirurgicale sur le globe oculaire.

Ces infections, avons-nous dit, ont toutes les mêmes symptômes, ou du moins peuvent se manifester par des symptômes semblables quel qu'en soit le microbe causal : on n'aura qu'une simple hyperémie conjonctivale fugace, ou bien une réaction un peu plus forte avec léger écoulement muqueux, ou bien cet écoulement sera plus abondant et en même temps muco-purulent, ou bien enfin extrêmement abondant et franchement purulent, ou même tellement intense qu'il se forme alors une fausse membrane, symptôme d'une particulière gravité.

Les lésions cornéennes seront trouvées fort souvent au cours de ces infections, bien qu'elles peuvent fréquemment être absentes. Ce sera une simple érosion tout à fait superficielle et sans conséquence fâcheuse, ou bien l'ulcération pourra être plus profonde et plus étendue, dont la cicatrisation ultérieure sera le point de départ d'une opacité cornéenne, d'où gêne dans la vision, ou bien l'ulcération aura tellement gagné en profondeur qu'elle aboutira à une perforation de la cornée avec ou sans infection de la chambre antérieure et participation inflammatoire plus ou moins considérable de l'iris, du muscle ciliaire; enfin l'infection

peut être encore plus généralisée et intéresser le muscle ciliaire, la choroïde et le corps vitré, tous symptômes évoluant avec une telle rapidité parfois qu'il semble que cette infection a été généralisée d'emblée, et qu'on désigne sous le nom génésique de panophtalmie, cette complication de toutes la plus redoutable puisque son seul mode de traitement est l'énucléation de l'œil.

On comprend donc combien sera toujours grave toute intervention sur le globe oculaire, où le couteau de l'opérateur agira sur la cornée en la perforant et par cela même en mettant en communication les milieux internes de l'œil avec la conjonctive, comme cela devient nécessaire au cours d'une intervention pour cataracte.

Or, si ce n'était cette lamentable perspective toujours possible d'une infection soudaine des milieux intrinsèques du globe oculaire après l'opération de la cataracte, on pourrait affirmer actuellement, avec la technique moderne, que cette intervention serait presque jeu d'enfant.

Il ne faut pas cependant s'alarmer plus que de raison et croire que, parce que nous n'avons pas encore trouvé un procédé aseptique, stérilisant pendant un temps suffisant les conjonctives, toute intervention de cataracte soit livrée à une incertitude absolue dans ses conséquences post-opératoires.

Ne nous a-t-il pas été parfois permis de constater que certains opérateurs, peu au courant des techniques modernes et négligeant délibérément les moindres précautions, avaient cependant obtenu des résultats parfois fort satisfaisants, et qu'aucune infection ne s'était produite après leur intervention. C'est que les conjonctives de l'opéré étaient sans doute parfaitement saines et que sa résistance

personnelle était suffisante pour juguler une infection possible.

Il est, d'autre part, manifeste que cette opération de cataracte a été tentée et réalisée depuis fort longtemps, et si les opérateurs anciens ont proclamé l'utilité de cette intervention, c'est qu'ils en obtenaient assez fréquemment de fort bons résultats.

Or, si à l'examen d'une personne qui vient à nous pour se faire opérer de cataracte et qu'après avoir retourné ses paupières nous ne constatons aucune infection aiguë ou chronique des conjonctives ni des bords palpébraux, si nous ne reconnaissons aucune réaction inflammatoire des annexes de l'œil, notamment des voies lacrymales, nous aurions alors le cas idéal de ces opérations qui donnaient jadis de fort bons résultats. Ajoutons nos procédés antiseptiques les plus adéquats et que nous considérons en même temps comme les plus sûrs : abondant lavage préalable de l'œil à l'aide d'un laveur de Kalt rigoureusement stérile, avec une solution antiseptique faible (oxycyanure de mercure, par exemple), solution faite avec de l'eau minutieusement stérilisée, le boc et le caoutchouc également bien stérilisés, qu'après l'opération nous mettons une goutte d'argyrol à 1 pour 20, nous aurons encore écarté un bien plus grand nombre de chances d'infection. A l'aide de tous ces moyens, nous pouvons presque affirmer avoir trouvé une méthode ayant presque la valeur de la méthode aseptique.

Mais nous ne pourrions pas nous contenter de ces seuls procédés, si l'examen de l'œil de notre malade nous présentait une infection plus ou moins aiguë ou chronique de ses conjonctives ou de ses annexes, en particulier des canaux lacrymaux.

Se contenter de ces seuls procédés précités serait, malgré tout, vouloir courir au-devant d'un échec presque certain, et opérer alors une cataracte serait vite suivi d'une infection totale de l'œil nécessitant rapidement son énucléation d'urgence.

Je me permets de rapporter ici même, pour appuyer mon affirmation, quelques observations bien significatives que je dois à l'extrême et si franche obligeance de M. le professeur Rollet, qui a bien voulu me permettre de fouiller dans les archives de son service.

OBSERVATION I

(Archives de M. le professeur E. Rollet).

M. F... (J.), 59 ans.

Entre à la clinique ophtalmologique de l'Hôtel-Dieu de Lyon le 15 avril 1899, avec le diagnostic de cataracte de l'œil gauche.

Cette cataracte aurait débuté il y a trois ans. Actuellement le malade ne compte plus les doigts. A l'éclairage direct on ne peut voir aucune partie du fond de l'œil. Le malade est également porteur d'une dacryocystite à l'œil gauche, accusant chaque matin, à son réveil, la présence de pus à l'angle interne de l'œil.

On néglige tout traitement de la dacryocystite et on opère le malade de sa cataracte le 17 avril.

Deux jours après l'opération, le malade se plaignant de souffrir de son œil, on défait le pansement : l'œil est très douloureux et rouge, les paupières sont œdématiées, c'est un début de panophtalmie.

Deux jours plus tard, on en est réduit à pratiquer l'énucléation.

OBSERVATION II

(Archives de M. le professeur E. Rollet).

M^{me} G. . . (A.).

Entre le 20 avril 1902 à la clinique ophtalmologique de l'Hôtel-Dieu de Lyon, avec le diagnostic de cataracte de l'œil gauche, datant de cinq à six ans, cataracte régressive.

L'opération a lieu le 28 avril, opération tout à fait classique et ne donnant lieu à aucun incident.

On fait le premier pansement le 1^{er} mai, trois jours seulement après l'intervention, la malade disant souffrir de son œil. En effet, on constate une infection de la chambre antérieure avec du pus. Mais l'infection va en se généralisant et on doit, le 6 mai, pratiquer d'urgence l'énucléation de l'œil.

Ultérieurement, la malade raconte spontanément qu'elle n'a pas lieu de s'étonner que son œil se soit infecté, toute sa vie, depuis son enfance, ayant constamment souffert de cet œil qui, dit-elle, pleurait et suppurait souvent.

OBSERVATION III

(Archives de M. le professeur E. Rollet).

M. P. . . (J.), 74 ans.

Entre le 20 avril 1910 à la clinique ophtalmologique de l'Hôtel-Dieu de Lyon, ayant comme diagnostic d'entrée : cataracte de l'œil droit et fistule lacrymale du même œil.

Le 24 mars, sur la sollicitation pressante du malade, on se décide à l'opérer de sa cataracte et on extrait, sans iridectomie, une cataracte dure.

Le premier pansement ne donne lieu à aucun incident et l'opération semble avoir donné un beau résultat.

Mais, dès le lendemain, le malade se plaint de souffrir de son œil et, à l'examen, on constate que le lambeau cornéen est le siège de suppuration. On pratique de suite une injection sous-conjonctivale de sérum antidiphthérique qu'on répète tous les deux jours, pendant un laps de temps de dix jours.

Néanmoins, l'infection s'est peu à peu propagée à tous les milieux de l'œil, si bien que le 13 avril on doit pratiquer l'énucléation de cet œil en complet état de panophtalmie.

OBSERVATION IV

(Archives de M. le professeur E. Rollet).

M. P... (L.), 70 ans.

Entre à la clinique ophtalmologique de l'Hôtel-Dieu de Lyon le 10 novembre 1913, pour cataracte de l'œil gauche.

Le 18 novembre, on pratique l'opération avec iridectomie et on extrait une cataracte demi-dure.

Le malade, avant son opération, présentait du larmoïement, mais sans pus toutefois, aussi avait-on jugé prudent d'attendre pour opérer et de commencer par traiter ce trouble lacrymal. Mais le malade réclamant instamment l'intervention, on avait fini par accéder à son désir.

Deux jours après l'opération, le 20 novembre, le malade se plaint de souffrir de son œil. On défait le pansement et on note une infection de tous les milieux de l'œil. Incontinent on pratique l'énucléation, devenue obligatoire.

OBSERVATION V

(Archives de M. le professeur E. Rollet).

M. L. . . (J.), 62 ans.

Entre à la clinique ophtalmologique de l'Hôtel-Dieu de Lyon, pour une cataracte de l'œil droit, le 25 septembre 1917. De plus, le malade est atteint de blépharite.

Néanmoins, l'opération de sa cataracte est pratiquée le 27 septembre et on extrait un cristallin dur.

Mais une infection commence à se déclarer dès le surlendemain et, le 6 octobre, on doit d'extrême urgence pratiquer, pour phlegmon, l'énucléation de cet œil.

Ces cinq observations démontrent que toutes les fois qu'une infection aiguë ou chronique existait soit dans un œil, soit dans ses annexes, vouloir alors tenter d'intervenir sur le globe oculaire proprement dit, pour opérer, par exemple, une cataracte, égalait en somme à vouloir s'exposer délibérément aux conséquences les plus fâcheuses.

Je pourrais, pour appuyer cette affirmation, citer bien d'autres exemples.

Je me rappelle, durant mon séjour d'interne à la clinique ophtalmologique des hôpitaux d'Oran, pendant l'hiver 1919-1920, avoir suivi dans mon service un vieil Arabe de 70 ans environ (on ne peut jamais savoir l'âge exact de ces enfants du prophète, Mohamed leur ayant défendu de compter leurs années). Il était porteur d'une cataracte de l'œil droit et présentait en outre très nettement, sur les conjonctives palpébrales, des cicatrices très nettes de lé-

sions trachomateuses mal guéries. En même temps il offrait des symptômes bien accusés de conjonctivite chronique, due à une inflammation chronique de ses conduits lacrymaux.

Le malade fut traité pendant plus d'un mois pour sa seule conjonctivite, sans qu'on ait toutefois obtenu une sérieuse amélioration.

Cependant, comme il ne présentait plus de sécrétion et comme, d'autre part, un pansement d'épreuve, qu'on lui avait mis pendant 24 heures sur l'œil, ne révéla aucune réaction inflammatoire, il fut décidé d'intervenir et de lui ôter sa cataracte.

Le malade supporta fort bien son opération. Mais, trois jours après, il accusait de violentes douleurs au niveau du globe. Le pansement ôté, on constatait une assez violente réaction irienne et du muscle ciliaire. Ce ne fut qu'au bout de quinze jours de soins assidus qu'il se remit peu à peu de ces complications, mais avec une vision presque uniquement quantitative.

Il en résulte qu'il faut bien savoir que bon nombre de conjonctivites chroniques, rebelles à tout traitement et aux allures cliniques mal définies, sont très souvent d'origine lacrymale. Combien, en effet, trouve-t-on de malades présentant des troubles plus ou moins profonds de leurs voies lacrymales et qui ne s'en doutent pas, troubles que le clinicien cependant devra toujours commencer par rechercher, toutes les fois qu'il se trouvera en présence de semblables lésions des conjonctives.

Je me permets encore de rapporter un cas personnel assez intéressant, car il me paraît, à cet égard, des plus caractéristiques.

Une jeune femme mauresque entre dans le service ophtalmologique de la clinique d'Oran porteur d'un phlegmon du sac lacrymal droit. En l'interrogeant, elle nous apprend qu'elle avait depuis longtemps du larmoiement de son œil gauche, mais elle n'y avait jamais attaché qu'une importance relative. Elle dut cependant, quelque temps avant d'entrer dans mon service, aller se faire soigner à la consultation externe de l'hôpital, car elle éprouvait en outre, au niveau de la paupière supérieure droite, des sensations qu'elle comparaît à des grains de sable frottant sur son globe oculaire. D'après ce qu'elle disait, on l'aurait ainsi traitée pendant près de deux mois pour une conjonctivite granuleuse.

En lui retournant sa paupière droite, elle présentait une conjonctive sensiblement épaissie, avec quelques traînées cicatricielles, tous symptômes en imposant pour un trachôme en voie de régression. Mon maître, le Dr Jasseron, médecin ophtalmologiste de la clinique, m'affirma que ces lésions n'étaient pas d'origine trachomateuse, mais qu'elles étaient uniquement dues à une inflammation ancienne de ses voies lacrymales, infection qui, de proche en proche, aurait gagné sa conjonctive.

Après l'extirpation du sac lacrymal, quinze jours environ à la suite de cette intervention, toute réaction inflammatoire avait cessé d'elle-même sur les conjonctives, qui avaient repris leur aspect et leur consistance habituels.

On voit donc, par cet exposé un peu succinct, toute l'importance que joue l'état des voies lacrymales sur les conjonctives et indirectement aussi sur le globe oculaire lui-même, et par suite on peut affirmer combien il est indispensable, avant de tenter toute intervention sur ce globe

oculaire, notamment une ablation de cataracte, qui est de toutes les interventions oculaires peut-être la plus importante, de se rendre compte avec la plus minutieuse attention de l'état des voies lacrymales chez tout malade réclamant de telles opérations.

On comprend, par suite, qu'il devient absolument essentiel de traiter tout d'abord ces infections lacrymales avant de pouvoir songer à intervenir soit pour une simple iridectomie préparatoire, soit, et à plus forte raison, pour une extraction combinée de cataracte.

CHAPITRE II

Diverses formes de dacryocystite et leurs divers traitements avant l'opération de la cataracte.

Le professeur agrégé Terrien, dans son *Précis d'ophtalmologie*, dit fort justement : « Toutes les affections des voies lacrymales se caractérisent tout d'abord par l'obstruction de leurs conduits, d'où résulte une série de symptômes se présentant le plus souvent dans l'ordre suivant : larmoiement, blennorrhée, tumeur lacrymale, phlegmon, fistule.

« Le larmoiement ou épiphora est dû le plus souvent à un défaut d'excrétion résultant d'un obstacle en un point quelconque du canal lacrymal nasal, soit à l'origine (déviation ou oblitération des points lacrymaux, surtout de l'inférieur, généralement éversé), dans le canal lui-même (rétrécissement mécanique ou d'origine infectieuse) ou à la partie inférieure (imperforation chez le nouveau-né, crête des cornets, rhinite, etc...).

« L'atrésie des points lacrymaux est rarement congénitale. Elle est la conséquence des rétractions cicatricielles à la suite de blessures et de l'inflammation du conduit, par exemple dans le trachôme.

« La déviation des points lacrymaux consiste presque toujours dans l'éversion de celui-ci. La paupière est légèrement éversée, le point lacrymal est directement dirigé en avant, conséquence d'une paralysie faciale ou plus souvent

de l'âge et de blépharo-conjonctivite chronique. Cette éversion entraîne un épaissement du derme et une rétraction cutanée consécutive, conduisant souvent à l'entropion.

« Le diagnostic entre un rétrécissement inflammatoire ou cicatriciel est quelquefois difficile. La tuméfaction de la muqueuse lors de rétrécissement aigu pourra être reconnue par l'injection préalable, dans le canal lacrymo-nasal, d'une solution étendue d'adrénaline au millième, additionnée de cocaïne. Si l'injection, cinq minutes plus tard, d'une solution salée physiologique passe facilement, c'est que le rétrécissement reconnaît une origine inflammatoire. Lors de rétrécissement purement mécanique, l'injection préalable d'adrénaline ne permet pas davantage le passage du liquide.

« Beaucoup plus rarement le larmolement est la conséquence d'une hypersécrétion lacrymale, celle-ci pouvant être causée par une irritation oculaire ou palpébrale, qu'il faudra toujours rechercher (corps étranger ou érosion de la cornée, cil dévié, kératite, etc.), ou par une affection nerveuse.

« Il faut ranger dans ce dernier groupe le larmolement hystérique, apparaissant souvent par crises, comme le larmolement tabétique (crises de larmes tabétiques). On a même noté chez certains tabétiques des larmes de sang, qui paraissent résulter bien moins d'une exsudation sanguine glandulaire que d'une hémorragie en nappe de la surface conjonctivale.

« La conséquence de l'épiphora, indépendamment de l'entropion de la paupière inférieure qui vient souvent le compliquer, est la stagnation des larmes dans le canal lacrymo-nasal. La muqueuse du canal se congestionne, se tuméfie,

et bientôt la pression sur le sac permet de faire refluer par les points lacrymaux un liquide louche, glaireux. La blennorrhée du sac est constituée.

« Dans certains cas, le sac se distend et soulève la peau en avant (mucocèle), formant une petite tumeur remplie d'un liquide filant et visqueux qu'on peut faire refluer par la pression. Quelquefois, le sac, bridé en haut par le tendon direct de l'orbiculaire, ne peut se vider. C'est la tumeur lacrymale, qui n'est autre chose que la dilatation du sac.

« A l'occasion d'une infection de voisinage, d'un refroidissement, une dacryocystite aiguë peut maintenant survenir avec ses diverses complications (fistule, carie, nécrose, etc.).

« On peut donc comprendre ainsi l'évolution des affections des voies lacrymales et leurs formes cliniques : épiphora ou larmolement, puis blennorrhée du sac, mucocèle et tumeur lacrymale (c'est la dacryocystite chronique), phlegmon du sac ou dacryocystite aiguë, fistule lacrymale. »

Tel est le résumé fort complet que nous fait le professeur Terrien de l'évolution d'une affection lacrymale. Mais qu'il me soit permis de développer au moins quelques parties de ce plan magistralement construit.

Et tout d'abord, le professeur Rollet, à propos du larmolement simple, fait remarquer : « Il faut aussi penser à l'idée de la tuberculose. Cette idée pourra être éliminée si le sujet présente un bon état général, mais il y a toujours lieu de se méfier des écoulements chroniques et rebelles. »

Or, cette tuberculose des voies lacrymales est caractérisée par des altérations infectieuses dues au microbe de Koch.

Elle est une des dernières venues dans le domaine de

l'ophtalmologie, longtemps elle a été méconnue. De Cels à Maître Jean on cautérise profondément la carie et l'ulcère fongueux lacrymal. Depuis Anel jusqu'à une époque très rapprochée de nous, on étudie et on traite la fistule des scrofuleux. Mais c'est seulement de nos jours que l'on parle de tuberculose lacrymale secondaire, pour décrire ensuite une tuberculose primitive.

Cette affection apparaît sous l'influence de diverses causes, les unes prédisposantes et les autres déterminantes. On note chez le sujet souvent de l'hérédité, des stigmates de tuberculose éteinte (écrouelles), des tuberculoses chirurgicales en activité (adénites, lupus, ostéoarthrites). C'est plus spécialement dans le sexe féminin (sept fois sur dix) et chez l'adolescent que l'on voit évoluer ces lésions (âge moyen 19 ans, dacryocystite banale 37 ans). Malgré le nombre restreint d'observations publiées, il s'agit d'une maladie assez commune.

La tuberculose lacrymale, qui a toujours le bacille de Koch à son origine, est primitive ou secondaire. La tuberculose primitive évolue isolément, sans lésions des parties contiguës : œil, conjonctives, peau, fosses nasales. Au point de vue pathogénique, elle peut se voir chez un sujet sain, chez un strumeux, plus rarement chez un phthisique. La tuberculose secondaire succède à un foyer primitif nasal qu'il faut parfois rechercher, à une lésion lupique cutanée, peu souvent à une lésion conjonctivale ou osseuse.

Il y a quatre formes cliniques principales :

1° La tumeur lacrymale fongueuse. Vraie tuméfaction solide, proéminence pâteuse, non réductible et sans écoulement purulent à la pression. C'est une tuberculose non suppurée et non ouverte ;

2° Le larmolement de causes multiples, mais pouvant peut-être relever d'une sténose primitive tuberculeuse;

3° Les suppurations lacrymales : dacryocystite chronique sans ectasie du sac, sacculite fibreuse, empyème froid, tumeur fongueuse caséifiée et suppurante;

4° Les tuberculoses de voisinage par envahissement, la pré et la périocystite fongueuse circonscrite ou diffuse, la fistule tuberculeuse, la tuberculose ulcéreuse, les abcès froids communicants et migrants, l'ostéite.

La tumeur prélacrymale, avec voies lacrymales cliniquement indemnes.

Comme complications diverses : 1° les complications inflammatoires, phénomènes suppuratifs ou phlegmoneux masquant une tuberculose lacrymale; 2° l'adéno-tuberculose d'origine lacrymale, d'observation fréquente: ganglion isolé ou grappe, rarement caséification ou adéno-phlegmon; 3° des lésions assez rares de la conjonctive, de la cornée, de la fosse nasale, de la peau, consécutivement à la tuberculose lacrymale; 4° des lésions tuberculeuses à distance, telle l'infection pulmonaire, exceptionnellement signalée.

Au microscope, on note des lésions folliculaires siégeant surtout dans la couche adénoïde sous-muqueuse. Le derme sous-cutané peut être aussi envahi par les cellules épithélioïdes et les cellules géantes. La sclérose sacculaire est fréquente.

D'après ce que nous voyons au microscope, par l'inoculation et par la clinique, la tuberculose doit rentrer dans la catégorie des tuberculoses locales et généralement atténuées.

Le diagnostic se fera cliniquement ou à l'aide des pro-

cédés de laboratoire. Les écoulements lacrymaux chroniques avec ou sans ectasie, le phlegmon lacrymal ne doivent pas être confondus avec la tuberculose lacrymale. La syphilis lacrymale, les granulômes, les néoplasmes, l'actinomyose, les concrétions, la sporotrichose, la lèpre, les affections paralacrymales, les ostéites seront successivement éliminés.

Plusieurs méthodes de laboratoire nous intéressent et nous prêtent appui : l'examen histologique, technique à lui seul insuffisant, car à côté de la tuberculose folliculaire et spécifique existe une tuberculose inflammatoire ou non-folliculaire. En outre, les formations nodulaires avec cellules géantes se voient dans d'autres maladies infectieuses. La recherche directe du bacille dans le pus lacrymal et surtout dans le pus ganglionnaire. L'inoculation sous-cutanée au cobaye constitue une excellente méthode. Le tuberculino-diagnostic. La séroréaction agglutinante.

Le pronostic d'une lésion causée par le bacille de Koch doit toujours être réservé. Cependant, les observations montrent que très souvent le pronostic est relativement bénin, car les lésions, récidivées ou non, sont parfaitement curables. Comme les écrouelleux, les sujets sont vaccinés d'une façon relative et ne présentent qu'exceptionnellement des complications viscérales.

La tuberculinothérapie mise à part, méthode à l'étude, on peut dire que le traitement est surtout local. Les lavages et cathétérismes dans les formes de début seront pratiqués avec une prudente réserve. L'extirpation méthodique et totale constituera le procédé de choix.

En présence de lésions fongueuses diffuses, on pratiquera la destruction du sac au thermocautère ou de préférence une extirpation atypique par morcellement.

Dans la tumeur lacrymale, il s'agit d'un vieillard ou d'un adulte, à aspect vigoureux, atteint de varice lacrymale, c'est-à-dire d'ectasie d'un sac aminci soulevant un tégument distendu, avec issue par la pression d'un liquide opalin, à virulence faible; on élimine vite l'idée de tuberculose. Il en est de même dans le mucocèle à poche plus épaisse, avec liquide muco-purulent. Dans l'empyème chronique par les microbes pyogènes, staphylocoques ou pneumocoques, ce sont les commémoratifs, l'aspect du sujet et ses antécédents, l'état de la tumeur bien dépressible et réductible à la pression, l'absence d'adénopathie, qui assureront le diagnostic de lésion inflammatoire franche. S'il y a tumeur lacrymale avec adhérence à la peau, on peut être mis en éveil par une coloration spéciale, tumeur à coloration livide, à aspect froid; dans la tumeur inflammatoire, la peau a une teinte de couleur rosée, allant jusqu'au violet sombre de l'inflammation banale.

En cas d'empyème caséux, quand il y aura ouverture spontanée ou opératoire de la tumeur, c'est une matière puriforme qui est évacuée au dehors, et sous la peau amincie apparaît une cavité avec fond grisâtre recouvert d'une masse fongueuse et tremblotante.

Il y a pré et souvent périocystite, si le sujet généralement jeune est atteint d'un phlegmon lacrymal à pneumocoques ou plus souvent à streptocoques, on note alors : angle inféro-interne de l'orbite et demi-paupière inférieure tuméfiées, de couleur rouge ardent, avec sensation de chaleur et de douleur, les antécédents, la bonne apparence conduisent au diagnostic d'inflammation vraie. L'incision donnera issue à un pus jaune et crémeux; tout peut être fini, le sac se sclérosant et s'obstruant, mais parfois la suppu-

ration persistera, d'où dacryocystite ou tumeur lacrymale chroniques, dont il faudra étudier les signes et la marche.

De plus, une inflammation franche a compliqué la lésion bacillaire et c'est la persistance du processus, la récurrence, l'aspect atone de la petite plaie, ses bords amincis, déchiquetés qui mettront sur la voie du diagnostic. C'est dans les cas douteux que l'adénopathie, véritable tuberculose ganglionnaire symptomatique, est un signe de haute valeur, pouvant assurer parfois un diagnostic clinique hésitant.

S'il y a tumeur prélacrymale inflammatoire, c'est-à-dire tuméfaction limitée, sans que la pression fasse sourdre du pus par les points lacrymaux ou la fosse nasale, on notera qu'après l'incision et le curettage il n'y a pas de fongosités blafardes. Dans ces cas, la lésion est superficielle et ne s'enfonce pas profondément dans la loge lacrymale. Pas de récurrence lors d'inflammation simple, et le sujet guérit généralement à la suite d'un grattage.

Y a-t-il fistule ancienne, on se basera sur la couleur, sur l'état des bords de l'ulcère, sur l'existence d'une fongosité ou d'un grumeau caséeux émergeant du fond pour établir un diagnostic. C'est encore l'âge, l'état du sujet qui entreront en ligne de compte. En présence de toute fistule chronique, rebelle au traitement par les lavages et les cathétérismes, chez un adolescent aux antécédents personnels et héréditaires suspects, il y a lieu de songer à la tuberculose. De même, si après une extirpation totale du sac il y a absence de réunion, formation d'une nouvelle fistule ou d'un petit nodule sur la cicatrice.

On voit parfois la syphilis primitive débiter dans la région cutanée juxta-lacrymale sous forme de chancre

s'accompagnant souvent d'une dacryocystite simple de voisinage. Le syphilôme primitif se reconnaît facilement par ses caractères habituels : érosion papuleuse ou fissuraire, de couleur cuivrée, avec induration périphérique, s'accompagnant d'une adénopathie dure, indolente, se terminant par résolution spontanée.

La syphilis tertiaire peut atteindre le sac et les tissus qui l'environnent; nous pensons que la syphilis lacrymale est plus rare que la tuberculose. Une gomme peut être cutanée et juxta-lacrymale, elle peut être d'emblée osseuse ou sacculaire. L'ostéosyphilose lacrymale se caractérisera par une hyperostose avec phénomènes de compression de voisinage ou de carie syphilitique avec ses caractères assez particuliers : peu ou pas de suppuration, issue de liquide visqueux, pas de fongosités. Les gommes sacculaires et juxta-sacculaires présentent les signes habituels des lésions tertiaires. L'interrogatoire du sujet fixe sur les accidents antérieurs; s'agit-il de syphilis héréditaire, on trouve les stigmates : faciès spécial, lésions nasales, dentaires, cutanées, osseuses, kératite intersticielle. L'ulcère lacrymal a une auréole rouge brun, avec bords polycycliques et taillés à pic; pas de bourgeons fongueux et pâles, mais fond irrégulier et raviné, avec traînées jaune sale et pseudo-membranes, d'aspect vitreux, issue d'une matière blanchâtre comparable à la chair de morue, d'une sorte de bourbillon furonculeux.

Mais, en définitive, il est des cas où le diagnostic peut être particulièrement délicat, et c'est au traitement mixte qu'il y aura lieu d'avoir recours pour confirmer un diagnostic douteux. De même qu'une tumeur blanche articulaire peut être d'ordre syphilitique, de même des formations

syphilitiques peuvent simuler des fongosités lacrymales bacillaires. C'est dans ces cas que l'on s'appuiera sur des épreuves de laboratoire pour affirmer la tuberculose et éliminer la syphilis (recherche du spirochète par le procédé rapide de Giemsa, réaction de Wassermann).

Les granulômes sacculaires sont des productions charnues, exubérantes, que l'on voit émerger d'une fistule lacrymale, ou que l'on trouve au niveau du sac incisé ou au niveau d'une paroi sacculaire laissée à une première intervention. S'ils peuvent n'être constatés qu'à l'incision ou à l'extirpation d'un sac, d'autres fois la palpation de la tumeur lacrymale peut révéler une certaine résistance ou même une dureté. Le diagnostic clinique peut se faire : en effet, le bourgeon charnu est d'aspect plus rosé, plus lumineux et surtout plus vivant que les bourgeons fongueux tuberculeux. Le granulôme est plus résistant à une traction, plus localisé, parfois pédiculé, appendu ou plaqué à une paroi, le sac est normal ailleurs. Les fongosités tuberculeuses sont au contraire molles, friables, impreunables à la pince et s'écrasent. Les formations polypoïdes ne présentent pas ces caractères, enfin les recherches de laboratoire confirmeront le diagnostic.

Les néoplasmes lacrymaux sont des tumeurs soit bénignes, soit malignes. La dureté à la palpation du sac dilaté peut se trouver dans les fibrômes, sarcômes, épithéliômes, qui n'ont pas envahi la peau et restent endosacculaires au début. Mais ces néoplasmes primitifs sont spécialement observés chez l'adulte et le vieillard, lors de malignité. Les porteurs de pareille tumeur sont des sujets vigoureux, ils n'ont nullement l'aspect de lymphatiques ou de bacillaires. Il ne faut pas compter ici baser son diagnostic sur l'hé-

morragie, les douleurs, l'adénopathie, tous ces signes ont fait défaut, tout au moins dans les diverses observations connues. Parfois, on a à peine une impression de dureté à la palpation.

Quand la tumeur a envahi la peau, le diagnostic est simple; on constate les caractères de l'épithélioma cutané qui a creusé en profondeur et envahi le sac : ulcération saignante dont les bords s'indurent et s'élèvent et dont le fond se recouvre d'une croûte, ou encore ulcération rongeante et végétante avec bourgeons sanguinolents. Il y a des douleurs, une adénopathie qui se ramollit. Enfin il s'agit d'un sujet âgé. Le diagnostic est donc aisé avec l'ulcère tuberculeux lacrymal.

Signalons encore les tumeurs mélaniques du sac, secondaires à une mélanose oculaire, c'est la tumeur lacrymale d'un noir bleuâtre, avec collections, de même nature, conjonctivale et nasale; une tumeur lacrymale de teinte livide sera aisément différenciée.

Dans les concrétions lacrymales, on voit aux canalicules lacrymaux, spécialement à l'inférieur, une tuméfaction avec point lacrymal fortement dilaté. En pressant, on fait sourdre un liquide jaunâtre ou grisâtre, avec concrétions de même couleur, mûriformes, s'écrasant sous le doigt en se désagrégeant. Ces cas se distinguent nettement de la tuberculose par leur localisation canaliculaire et non sacculaire, par l'aspect du liquide qui n'est pas la sérosité tenant en suspension des flocons, produits de la caséification tuberculeuse. L'étude microscopique a fait reconnaître dans ces concrétions un leptothrix, un streptothrix, l'actinomyces et un bacille filamenteux cultivé sur gélose glucosée par Morax.

Tioumantzeff a décrit un cas d'actinomycose du sac lacrymal chez un homme de 39 ans. Par incision de la paroi antérieure, issue d'un grumeau blanchâtre dur ressemblant à un cristallin cataracté, muqueuse du sac granuleuse, pas de pus. A l'examen, figures caractéristiques du champignon radié, filaments mycéliens avec corps en massue. On se rappellera, en cas d'actinomycose, qu'il existe une tuméfaction indurée, plaquée à l'os, sans adénopathie. Quand la peau a rougi, il se forme un petit abcès mycotique qui s'ouvrira, laissant un trajet fistuleux et scléreux, d'où sortira du pus, au milieu duquel on retrouve les granulations caractéristiques ou grains jaunes, c'est-à-dire des produits jaune d'or, très nettement reconnaissables cliniquement et par examen de laboratoire. Le sujet est vigoureux, sans tare tuberculeuse, guérison par l'incision et l'iodure de potassium.

Depuis que de Beurmann et Gougerot ont fait connaître la sporotrichose et ses diverses localisations à la peau et aux muqueuses, on a recherché pareilles lésions du côté de l'œil et de ses annexes.

Si Morax et Carlotti ont rapporté un cas de sporotrichose de l'angle externe de la paupière inférieure, c'est à Gifford que l'on doit la description de la sporotrichose préacrymale. Il s'agit de deux cas de tumeurs prélacrymales, répondant entièrement à la définition et à la description que nous en avons données, tumeurs prélacrymales, sporotrichosiques probablement, car le diagnostic bactériologique n'a pas été fait. Dans les observations répétées, ce sont de jeunes sujets, peut-être s'agit-il de tuberculose. Les tumeurs prélacrymales apparemment sporotrichosiques de Gifford sont constituées par des petites masses granuleuses

contenant un peu de pus, formant des tumeurs circonscrites répondant exactement à la région lacrymale. Guérison par un raclage superficiel, une thermo-cautérisation au Paquelin et une greffe de Thiersch.

Le diagnostic sera clinique et bactériologique. Par le diagnostic clinique, on se rappellera que dans sa forme type la sporotrichose ressemble à la gomme syphilitique. C'est une infiltration dermique circonscrite ou un nodule hypodermique. Cette pseudo-gomme se caractérise par une nodosité dure et indolore, puis la tumeur adhère à la peau et devient fluctuante; enfin, la peau s'ulcère et il sort un liquide visqueux qui devient purulent. Souvent il existe des foyers multiples disséminés, des lymphangites, des adénopathies. Quand la gomme sporotrichosique s'est ouverte vers le vingtième jour, l'ulcération dénude la zone abcédée presque tout entière, ses bords sont violacés, décollés, ordinairement boursoufflés, souvent déchiquetés. Le fond est rosé, bourgeonnant, saignant. Bordure indurée, croûte recouvrant l'ulcère. Absence de retentissement, marquée sur l'état général, régression par l'iodure de potassium.

C'est à l'état d'ulcère que l'aspect de la sporotrichose se rapproche de celui de la tuberculose. Dans la tuberculose lacrymale, foyer généralement unique et formes fongueuses que l'on ne rencontre ni dans la syphilis, ni dans la sporotrichose. Dans les cas douteux, on aura recours au traitement par l'iodure de potassium et également à l'examen bactériologique. Le diagnostic se fait sans étuve, sans microscope; ensemencement du pus ou de l'exsudat sur les tubes de gélose glycosée peptonée. Les colonies sont caractéristiques à l'œil nu; signalons aussi la sporo-agglutination de Widal et Abrami, pour le diagnostic des mycoses.

On connaît l'analogie entre tuberculôme et léprôme, tout particulièrement à la conjonctive. Nous n'avons pas trouvé de documents sur la lèpre lacrymale. Ni Lyder Borthen, ni Gabriélidès n'en rapportent de cas, qu'il y a lieu cependant de rechercher. On peut s'adresser au diagnostic de laboratoire : recherche de léprômes avec cellules géantes et épithélioïdes et surtout, ce qui est caractéristique, bacilles de Hansen et inoculation dans la chambre antérieure de l'œil du lapin, d'où production d'un nodule typique.

On prendra garde de confondre la tuberculose lacrymale avec un nodule tuberculeux de la peau de la région lacrymale, une tuberculose cutanéomuqueuse de l'angle interne. Le lupus se reconnaît par son tubercule solitaire, enchâssé dans le derme d'où il émerge ; il est d'un jaune transparent avec exfoliation desquamative superficielle, mais à la face on voit d'autres petites éminences rouges, souvent coalescentes, formant des placards d'un brun obscur, soit un ulcère lupique ou une cicatrice. L'affection paralacrymale peut ne pas être d'origine tuberculeuse, c'est un furoncle, un kyste sébacé. Mais il n'y a pas lieu d'insister sur un diagnostic facile, même à un examen rapide.

En cas d'ostéite paralacrymale de l'apophyse montante du maxillaire, du rebord orbitaire inférieur, on peut noter un gonflement froid et chronique adhérent à l'os, évoluant de la profondeur à la surface. Puis l'abcès froid ossifluent donne issue à son contenu caséux ou fongueux, alors le stylet conduit sur un ou plusieurs séquestres formés de tissus spongieux. On constate la dénudation osseuse, les aspérités et les inégalités de l'os ; l'instrument entre facilement dans son épaisseur et permet de sentir une crépitation fine toute particulière, due à la déchirure des lamelles

osseuses par le stylet qui les atteint. Citons un cas d'abcès froid par carie de la branche montante simulant une tumeur lacrymale (Tirincione). Insistons sur le signe constaté par Rochon-Duvigneaud chez une enfant : battement de l'artère angulaire sur un abcès froid tuberculeux ossifluent. Le vaisseau ne pouvait être soulevé que par un processus parti de l'apophyse montante, c'est-à-dire d'une zone située plus en avant du sac lacrymal.

Quand la lésion sera cicatrisée, il y aura adhérence profonde à l'os, ce qui n'existe pas lors de lésions tuberculeuses sacculaires où, malgré une cicatrice consécutive à la perte de substance dermo-épidermique, la peau glisse sous la pression digitale.

La suppuration ethmoïdale peut évoluer sous forme de pseudo-tumeur lacrymale située à l'angle inféro-interne de l'orbite; ses rapports anatomiques, bien élucidés par Bonnefon et Aubaret, l'expliquent nettement. Le diagnostic peut être difficile, en l'absence de signes rhinologiques. Toutefois, en cas d'empâtement ethmoïdo-lacrymal, rien ne s'échappe par les points lacrymaux à la pression de la tumeur et à l'incision de la tuméfaction, issue d'un liquide parfois muco-hématique, et stylet s'enfonçant profondément en arrière dans les cellules ethmoïdales. Le professeur Rollet rapporte un cas d'ethmoïdite fongueuse chez un homme de 53 ans, qui en avait imposé pour une tumeur lacrymale, l'épreuve de laboratoire n'avait pas été en faveur d'une tuberculose.

On voit par ce qui précède toute l'importance que prennent actuellement les affections qu'on rangeait jadis sous le nom générique de dacryocystites, et combien il est devenu intéressant de mieux en connaître les causes véritables et si

diverses afin de pouvoir leur appliquer à toutes le traitement qui doit leur être le plus efficace.

Comment, en clinique, a-t-on l'habitude de traiter ces affections?

Nombreuses sont les méthodes appliquées et qui varient avec la nature et la gravité de la maladie.

Le larmolement (abstraction faite du larmolement hypersecrétoire) reconnaît des causes diverses : éversion ou inversion des points lacrymaux, oblitération ou rétrécissement des voies lacrymales. L'astigmatisme, qui peut en être la seule cause, sera soigneusement corrigé. La muqueuse du nez sera traitée s'il y a lieu. Le larmolement est souvent la conséquence d'une rhinite atrophique ou hypertrophique.

Dans tous les cas, on commencera par l'emploi de collyres au sulfate de zinc et à l'argyrol; longtemps prolongés, ils peuvent arriver à combattre une blennorrhée au début.

Enfin on pratiquera le lavage des voies lacrymales et le cathétérisme qui, tous deux, constituent à la fois un moyen de diagnostic et de traitement.

Le lavage sera précédé de la dilatation des points lacrymaux faite avec le stylet dilatateur. Après avoir instillé, quelques minutes avant, une ou deux gouttes d'une solution aqueuse de cocaïne à 1 pour 20, la paupière inférieure est fortement abaissée en bas et en dehors, de manière à bien tendre le bord palpébral et à mettre en évidence le point lacrymal. Le stylet conique est enfoncé obliquement de haut en bas et de dehors en dedans, la pointe pénétrant tout d'abord dans la portion verticale du canalicule, puis le stylet est abaissé et poussé obliquement de bas en haut et de dehors en dedans dans la partie hori-

zontale. Cette dilatation peut être complétée par l'incision. Elle se fait avec le couteau de Weber, introduit dans le canalicule, le tranchant en haut et un peu en dedans. Le couteau est poussé obliquement et enfoncé de quelques millimètres. La section sera petite : un à deux millimètres d'étendue au plus.

Après l'incision, on introduit dans le canalicule inférieur la petite aiguille courbe à extrémité mousse de la seringue d'Anel stérilisable. L'aiguille est enfoncée assez profondément dans la région du sac, tandis que le chirurgien attire la paupière inférieure en bas et en dehors. Prenant point d'appui sur la joue avec le petit doigt, il pousse très lentement le piston de la seringue, en recommandant au malade de pencher la tête en avant.

Plusieurs cas peuvent se présenter :

a) L'injection ne passe pas et l'opérateur éprouve une résistance anormale. Redoubler alors de prudence et pousser très doucement pour essayer de vaincre l'obstacle, mais en évitant surtout, par une pression trop brusque, d'injecter le liquide dans le tissu cellulaire de la paupière. L'accident se révèle aussitôt par l'œdème et l'infiltration du tissu et par une douleur très vive, d'autant plus intense que le liquide injecté est plus irritant. L'œdème disparaît les jours suivants.

b) Le liquide ressort par le point lacrymal supérieur, preuve que l'obstacle siège dans le sac ou au-dessous de lui et que les canalicules lacrymaux sont respectés.

c) Le liquide s'écoule par la narine correspondante, et d'autant plus facilement que le canal est peu ou pas rétréci.

Le liquide injecté sera peu irritant; on se sert habituellement, lors de blennorrhée, d'une solution de sulfate de zinc

à 1 pour 30 ou d'eau oxygénée à 12 volumes, qui donne d'excellents résultats, ou même d'une solution de nitrate d'argent au centième.

Ce lavage explorateur nous renseigne donc sur la présence ou l'absence d'un rétrécissement, sur son siège et même sur son degré. Il agira en outre en modifiant la muqueuse et en éliminant les germes infectieux contenus dans la sécrétion pathologique. Il est indiqué en particulier dans la blennorrhée du sac, lorsque les voies lacrymales sont perméables.

Cette conduite est préférable au cathétérisme d'emblée, toujours brutal et souvent capable d'amener des désordres.

Dans les cas où le liquide ressort par le canalicule lacrymal supérieur, on tentera néanmoins de vaincre l'obstacle qui siège dans le canal lacrymo-nasal en faisant obstruer par un aide le canalicule lacrymal supérieur au moyen du stylet dilatateur, tandis qu'on pousse l'injection par le canalicule inférieur. A condition de procéder avec prudence, afin d'éviter, par une éraillure de la muqueuse, provoquée par une pression trop grande, d'injecter le liquide dans le tissu cellulaire ambiant, on pourra assez souvent vaincre la résistance opposée par une sécrétion muco-purulente épaisse et réussir à faire passer l'injection par le nez.

Si on se contente d'une seule injection, il sera bon de revoir le malade trois ou quatre jours plus tard et d'entr'ouvrir à nouveau, avec le stylet dilatateur, les lèvres de la plaie du canalicule, afin d'éviter que celle-ci se referme.

Le cathétérisme est dirigé contre le rétrécissement. Il se pratique avec les sondes métalliques de Bowmann, numérotées de 1 à 8. Il ne sera jamais fait aussitôt après l'injection. On pénétrera par le canalicule lacrymal inférieur.

La technique est la suivante :

1° Le point lacrymal dilaté et incisé et la commissure externe attirée en bas et en dehors, l'opérateur pénètre avec la sonde, préalablement recourbée en avant et stérilisée, dans le point lacrymal inférieur. La sonde est poussée doucement dans le canalicule, d'abord à peu près verticalement de haut en bas, puis obliquement en haut et en dedans jusqu'à la paroi interne du sac, comme pour la dilatation simple des points lacrymaux. L'extrémité de la sonde doit venir buter contre cette paroi, qui donne une sensation osseuse, et l'instrument ne doit pas être redressé auparavant.

2° Redressant alors celui-ci de 90° environ, il est enfoncé obliquement de haut en bas, de dedans en dehors et d'avant en arrière, en suivant la direction du canal, dont l'obliquité est assez bien indiquée par le sillon naso-labial auquel la sonde doit rester parallèle. Le moment délicat consiste dans le passage de la sonde du sac dans le canal nasal, d'ordinaire rétréci. Souvent la partie rétrécie est précédée d'une excavation en cul-de-sac dans laquelle la sonde peut pénétrer, ce qu'on reconnaîtra à la résistance élastique éprouvée aussitôt; on avancera prudemment, en ayant soin de ne jamais forcer.

3° Ce point franchi, la paupière inférieure est relâchée et on enfonce doucement la sonde dans la direction du canal en suivant autant que possible la paroi postérieure. On se rappellera que l'axe de ce dernier coupe en haut la tête du sourcil à 2 centimètres en dehors de la ligne médiane et se termine en bas entre la première et la seconde molaire. L'instrument est enfoncé lentement jusqu'à ce qu'on éprouve une résistance assez considérable, quelque peu

osseuse, qui indique que l'extrémité de la sonde a franchi l'orifice inférieur. A ce moment, la partie plate et ovalaire située à la partie médiane de la sonde correspond d'ordinaire, chez les adultes, à la tête du sourcil; l'autre extrémité courbée demeurée libre regarde en avant et un peu en dehors.

S'il existe un rétrécissement, la sonde est laissée en place un quart d'heure environ, puis retirée. Les séances sont répétées tous les deux ou trois jours et à mesure que le passage devient plus facile on passe un numéro plus fort.

Mais on n'oubliera pas que le cathétérisme est une méthode toujours brutale, délicate et qu'il expose à des fausses routes.

Aussi devra-t-on se contenter tout d'abord d'un cathétérisme incomplet, cathétérisme d'épreuve en quelque sorte, dans lequel la sonde est enfoncée jusqu'au sac, mais n'est pas redressée. On est, dans ces conditions, certain de ne pas faire de fausse route, on ne détermine aucune douleur, et le plus souvent l'opération suffit, le rétrécissement, dans la majorité des cas, se trouvant à l'abouchement du canalicule dans le sac.

Dans le phlegmon du sac lacrymal ou dacryocystite aiguë, l'affection est presque toujours précédée d'un catarrhe des voies lacrymales. Mais celui-ci était négligé et c'est par hasard, à l'occasion d'une infection voisine, qu'apparaît le phlegmon.

La peau du grand angle de l'œil est rouge, tuméfiée, très douloureuse. Rapidement, l'inflammation s'étend aux paupières qui atteignent un volume énorme. Les douleurs sont très vives, souvent il y a de la fièvre et il n'est pas rare de voir l'affection confondue avec un érysipèle. On se basera

sur l'unilatéralité de l'inflammation et sur le maximum de rougeur et de tuméfaction à l'angle interne des paupières pour porter le diagnostic de phlegmon du sac.

Si on n'intervient pas, l'abcès s'ouvre spontanément et il persiste un trajet fistuleux.

Le traitement consiste à donner issue au pus le plus tôt possible. On a le choix entre deux procédés : débrider le canal lacrymal jusqu'au ligament palpébral interne par une incision interne, si les voies lacrymales sont perméables, ou mieux ouvrir largement le sac par la peau.

C'est le procédé de choix. D'autant plus que l'infection lacrymale, presque toujours due au streptocoque, n'est pas forcément intrasacculaire et le mode de propagation est double : elle se fait par la muqueuse et aboutit, si le sac est dilaté, au phlegmon du sac proprement dit ; ou bien elle se fait par la voie lymphatique : la prolifération du streptocoque et la formation du pus se produisent alors autour du sac lacrymal qui peut même avoir conservé son calibre normal ; c'est la périocystite lacrymale. Enfin les deux, phlegmon du sac et périocystite, sont souvent réunis.

a) *Incision du sac par la peau.* — La commissure externe étant fortement tendue au dehors, de manière à faire saillir le tendon direct de l'orbiculaire, le chirurgien explore avec l'ongle de l'index gauche l'espace compris entre le tendon et le rebord orbitaire et pénètre dans cet espace avec la pointe d'un bistouri à lame droite. L'instrument est enfoncé directement au-dessous du tendon et fait une incision légèrement oblique en bas et en dehors, longue de 8 à 10 millimètres et profonde de 4 à 5. La diminution de résistance et le plus souvent l'issue du pus au dehors indiquent qu'on

a pénétré dans l'intérieur du sac. L'incision est-elle jugée insuffisante, le tranchant est dirigé en haut et en dedans et coupe le tendon dont la section est sans inconvénient.

Si le sac est fortement distendu et toute la région infiltrée, on ne peut sentir avec le doigt le rebord orbitaire et le ligament palpébral. Arlt donne le point de repère suivant : la ligne d'incision se confond avec la bissectrice de l'angle formé par la pointe du nez, sa racine et le rebord supéro-externe de l'orbite. Le bistouri, enfoncé directement au-dessous du grand angle de l'œil et mené dans cette direction, tombe dans le sac.

A. Terron conseille un point de repère beaucoup plus sûr : incision verticale à trois millimètres et demi au moins à partir de la commissure interne.

Une mèche iodoformée est introduite dans la plaie, un pansement humide appliqué et, quelques jours plus tard, on cherche à rétablir la perméabilité du canal au moyen de cathétérisme.

b) Incision interne. — Elle est inapplicable si l'inflammation est très marquée et les tissus distendus. Elle consiste dans la section du ligament palpébral interne à l'aide du couteau courbe de Weber introduit dans le sac par le conduit lacrymal supérieur comme pour le cathétérisme.

Lorsque l'extrémité boutonnée vient buter contre la paroi interne du sac, le couteau est redressé et enfoncé de haut en bas et de dedans en dehors, le tranchant en avant, tandis que la commissure externe est fortement attirée en haut et en dehors. Le ligament palpébral est sectionné par un mouvement de bascule du couteau. Un craquement léger se produit et le pus vient sourdre par l'orifice lacrymal.

On fait suivre l'opération de lavages antiseptiques et le malade est invité à presser souvent sur le sac pour éviter la reproduction du pus.

Dans la dacryocystite chronique les formes en sont variables suivant les cas. On peut les ramener à trois : la blennorrhée lacrymale, la tumeur lacrymale et la dacryocystite fongueuse, avec ou sans fistule lacrymale.

La blennorrhée lacrymale est caractérisée par l'existence d'un larmolement constant. La pression sur le sac fait refluer par les canalicules un liquide glaireux, filant, souvent même du muco-pus.

Le traitement consiste, après avoir pratiqué une incision large du canalicule à l'aide du couteau de Weber, à faire le cathétérisme et des injections antiseptiques (nitrate d'argent au centième, argyrol ou collargol 5, 10 et 15 %).

Si le liquide injecté est caustique (nitrate d'argent), afin d'éviter toute irritation de la conjonctive ou de la cornée, on se servira des sondes creuses de Wecker ou de Delogé.

On introduit dans le cul-de-sac conjonctival un peu de vaseline boriquée, puis la sonde est enfoncée avec son mandrin. Le mandrin est enlevé et on s'assure, par une injection d'eau boriquée, de la perméabilité de la sonde. La seringue, chargée de la solution de nitrate d'argent, est alors fixée à l'ajutage de la sonde et celle-ci est retirée doucement, tandis qu'on continue à pousser l'injection.

On recommandera au malade de presser plusieurs fois dans la journée avec l'index sur le sac afin de le vider. Le traitement sera poursuivi pendant plusieurs semaines et même plusieurs mois à intervalles de deux ou trois jours. Mais il échoue assez souvent. Le malade se contentera alors d'instiller régulièrement tous les jours une ou deux gouttes d'un collyre à l'argyrol ou au collargol à 5 %.

L'électrolyse a quelquefois donné des résultats et on peut toujours y recourir avant de tenter une opération plus complète.

On se sert d'une sonde ordinaire dont la partie supérieure, en contact avec la région du sac et le canalicule, est entourée d'un enduit isolant (gomme laque). Son extrémité supérieure est reliée au moyen d'une serre-fine avec le fil aboutissant au pôle négatif d'une pile munie d'un galvanocautère. Le pôle positif, constitué par l'extrémité du fil entouré d'un tampon d'ouate imbibé d'eau salée, est placé dans la narine du même côté.

La sonde introduite, on fait passer le courant en graduant progressivement l'intensité de 0 à 5 milliampères, afin d'éviter toute douleur. La séance dure cinq minutes environ et on diminue graduellement l'intensité pour la ramener au zéro avant de retirer le fil. On ne doit pas dépasser 5 à 6 milliampères. Des courants plus forts entraînent des escarres et produisent plus tard des rétrécissements incoercibles.

A la fin de la séance, une sonde, très serrée au début, est retirée très facilement et la dilatation est telle qu'on peut, dans la plupart des cas, introduire aussitôt après une sonde n° 5 ou 6. Mais si les résultats immédiats sont satisfaisants, ils ne sont pas définitifs et le rétrécissement se reproduit.

La tumeur lacrymale, c'est aussi ce qu'on désigne sous les noms de mucocèle, de dacryocystite enkystée : le sac ne peut plus alors se vider. Tous les moyens précédents (section du ligament palpébral interne à l'aide du couteau boutonné de Weber, cathétérismes, lavages, etc...) sont essayés, mais généralement sans donner de bons résultats.

La dacryocystite fongueuse comprend toute dacryocys-

tite déjà ancienne, caractérisée par un empâtement chronique de la région, avec ou sans fistule, et compliquée souvent de lésion osseuse, secondaire ou primitive. Quelle que soit, en pareil cas, la nature de la dacryocystite, tuberculeuse ou non, seule la destruction large des voies lacrymales au thermocautère, avec curettage des foyers d'ostéite ou de périostite, peut amener la guérison. On se rappellera que, chez l'enfant, toute suppuration du sac lacrymal est due presque toujours à la tuberculose du canal lacrymonasal, du sac lacrymal ou de la région qui l'environne.

Pour la destruction du sac au thermocautère :

1° Le sujet étant chloroformé, le bistouri est enfoncé à 1 centimètre au-dessus du tendon direct, profondément, jusqu'à l'os, incisant à la fois la peau, le tendon de l'orbiculaire et le sac, sur une longueur de 2 centimètres environ, en suivant exactement le contour de l'orbite.

2° Tandis qu'un aide écarte fortement les deux lèvres de la plaie au moyen d'épingles et protège la région environnante, le chirurgien introduit dans la cavité le thermocautère courbe à boule olivaire, chauffé au rouge sombre, et cautérise avec soin toute la surface, en descendant jusqu'à l'entrée du canal nasal. Une mèche iodoformée est laissée en place deux ou trois jours et renouvelée les jours suivants.

Si la peau a été bien rétractée, afin de ne pas la brûler, il n'y a aucune cicatrice. Lorsqu'on a cautérisé jusqu'à l'os, les récidives sont exceptionnelles, à condition, dans les pansements ultérieurs, de bien enfoncer la mèche dans la profondeur, afin d'éviter un bourgeonnement et une fermeture trop rapides. Il faut compter 18 à 20 jours avant la guérison.

De ce court exposé des diverses méthodes thérapeutiques appliquées à la guérison des dacryocystites, on peut se rendre compte qu'elles présentent toutes plusieurs inconvénients communs : leur durée est généralement longue, leur efficacité douteuse, leur application même, pour certaines, ne sont pas sans offrir certains dangers.

Aussi peut-on en dire qu'elles ont toutes procuré de nombreux déboires, et c'est pour ces diverses raisons qu'à l'heure actuelle beaucoup d'oculistes n'y ont recours, pourrait-on dire, qu'à leur corps défendant et donnent-ils leur préférence à une méthode thérapeutique bien autrement efficace, ainsi qu'infiniment plus rapide et plus sûre, ne réservant pour ainsi dire pas de mécompte : cette méthode, c'est la dacryocystectomie ou extirpation du sac lacrymal, procédé thérapeutique qui tend de plus en plus à se généraliser dans presque toutes ces sortes d'infections.

CHAPITRE III

De l'extirpation du sac lacrymal.

M. le professeur E. Rollet, professeur de clinique ophtalmologique de la Faculté de Lyon, qui est le premier en France à avoir préconisé ce mode d'intervention, dit en substance : « Traiter une dacryocystite par l'extirpation du sac lacrymal, c'est presque toujours obtenir une guérison rapide et définitive. »

Cependant, si cette intervention donne de si merveilleux résultats, il convient toutefois de bien faire ressortir toute l'importance de la technique opératoire, sauf quoi on serait exposé à voir revenir des malades récemment opérés avec des récidives aussi fréquentes que celles que donnent les divers autres procédés thérapeutiques.

C'est pour cette raison que je me crois dans l'obligation d'en établir ici même le manuel opératoire.

Il faut endormir le malade à l'éther ou au chloroforme, le sac sera minutieusement disséqué, puis totalement extirpé. C'est donc une opération souvent un peu laborieuse et nécessitant une anesthésie complète.

L'opération comprendra cinq temps :

Premier temps. — Incision de la peau. — Le malade dort, et on fait l'antisepsie de la région ; on incise la peau avec la pointe d'un petit bistouri. La longueur de l'incision a 12 millimètres environ. Cette incision est oblique de haut

en bas et de dedans en dehors, ou mieux légèrement courbe en bas, contournant le sillon cutané orbito-palpébral; elle répond profondément au bord tranchant externe de l'apophyse montante du maxillaire supérieur. En haut, elle part du tendon direct de l'orbiculaire, un peu en dedans de la réunion des extrémités internes de chacun des tarses. Il est inutile de se servir de sonde conductrice.

Deuxième temps. — Recherche du sac et hémostase. —

Le bistouri n'est désormais d'aucune utilité. On fait écarter les lèvres de l'incision à l'aide d'écarteurs à griffes. Puis on libère le tissu celluleux prélacrymal et on reconnaît deux points de repère : 1° en haut, le tendon direct et nacré de l'orbiculaire, qu'il est préférable de ne pas sectionner parce qu'il indique où se trouve le sac; 2° en bas, la crête osseuse antérieure du canal nasal. Le sac est alors aperçu et reconnaissable par sa couleur grisâtre entre ces deux points de repère. C'est à ce moment qu'il y a hémorragie, soit en nappe et que la compression finira par arrêter, soit en jet et qui est due à la section de vaisseau qu'il faudra saisir entre les mors d'une fine pince hémostatique.

Troisième temps. — Décortication du sac à la rugine et extirpation. — On saisit le sac à l'aide d'une pince à mors, et à l'aide d'une petite rugine on commence par le libérer d'abord en dedans, en mettant l'os à nu, puis en haut, en passant la rugine sous le tendon de l'orbiculaire. On arrive ainsi à faire basculer le sac. Même manœuvre en dehors et en arrière. Une fois le sac bien isolé, on coupera ses attaches en dehors et en bas avec la rugine ou des ciseaux, la section est faite au ras du canal nasal et des conduits lacrymaux.

Quatrième temps. — Inspection de la loge lacrymale.

Curettage nasal. — Il faut ôter en entier le sac lacrymal. Si on avait dû l'ôter par fragments, il est nécessaire de bien se rendre compte qu'il n'en demeure pas le moindre vestige. Puis, à l'aide d'une petite curette ovulaire de 3 à 4 millimètres, qu'on introduit dans le canal nasal, on curette tout ce conduit, de façon à ne pas y laisser de muqueuse.

Cinquième temps. — Pansement. — Il suffit pour cela de rapprocher les lèvres de la plaie avec un tatillon d'ouate qui comprimera l'angle interne. Bien faire attention de ne pas, en même temps, comprimer le globe oculaire. Puis on ajoute des rondelles de gaze et un pansement ordinaire qui sera maintenu quatre jours. Au cinquième jour la plaie est réunie et guérie.

CHAPITRE IV

Observations (cataracte et dacryocystite).

OBSERVATION I

(*Société de Chirurgie de Lyon*, 30 mai 1901, et *La Clinique ophtalmologique*, 25 juillet 1901).

(Due à l'obligeance de M. le professeur E. Rollet).

Marguerite B. . . , âgée de 60 ans, entrée dans le service ophtalmologique de l'hôpital de la Croix-Rousse le 29 avril 1901, atteinte de cataracte commençante à gauche et d'une cataracte dure opérable à droite. De ce côté on notait un écoulement lacrymal abondant, traité, il y a six mois, au moyen d'une large incision du canalicule lacrymal inférieur et de cathétérismes. L'examen a permis de constater des rétrécissements multiples, sans ectasie du sac. Au bout de plusieurs séances de sondages, l'une de ces manœuvres fut suivie d'œdème palpébrojugal, indice d'une éraillure du sac. Il s'agissait d'une fluxion d'origine lacrymale, comparable à la fluxion dentaire, sans qu'il y ait réellement péri-dacryocystite phlegmoneuse ou érysipélateuse.

Cette femme pressant vivement qu'on lui rende la vue par l'extraction de sa cataracte, le 9 mai, on se décide à lui

enlever le sac lacrymal malade. Après anesthésie au chlorure d'éthyle, puis à l'éther, petite incision curviligne au-devant du sac; on saisit le sac avec une pince, on le libère avec la petite rugine, puis on sectionne avec ce même instrument l'extrémité inférieure du sac à son entrée dans le canal nasal, puis en haut le pédicule qui le rattache aux canalicules lacrymaux. Pansement à plat. Le sac a été enlevé ainsi en bloc et en totalité à l'aide de trois instruments. Ni drainage, ni fil après l'opération. Le sac n'était pas distendu, et bourré de coton il avait le volume d'un petit pois.

Le 15 mai, la cicatrisation est parfaite, l'écoulement lacrymal est tout à fait tari. On attend cependant, pour plus de sécurité, en traitant une légère conjonctivite lacrymale.

Le 21 mai, opération de la cataracte droite. Neuf jours après l'opération, les résultats sont excellents.

La pupille est ronde, pas de masses ni de débris capsulaires. Acuité visuelle de $1/2$ faible avec un sphérique + 9. La cicatrice de la première opération est imperceptible, la peau glisse sur les téguments profonds.

OBSERVATION II

(In thèse de Vadon : de l'extirpation du sac lacrymal dans les dacryocystites. Thèse de Lyon, n° 85, 1897).

Diagnostique : Catarrhe muqueux œil droit et œil gauche. Cataracte nucléo-corticale œil droit.

X. . . (François), 46 ans, cultivateur, entré le 2 mars dans la salle Saint-Charles, lit n° 8, service de M. Rollet.

Aucun renseignement important sur les antécédents héréditaires, la mère aurait été épileptique.

Le malade a eu une sciatique à l'âge de 25 ans, qu'il garda deux ans. A part cela, sa santé a toujours été bonne.

Deux ans et demi après le début de la cataracte dont le malade est porteur, survint, il y a trois ans, sans cause appréciable, un véritable phlegmon du sac lacrymal, à droite d'abord, puis à gauche. L'angle interne avait énormément gonflé, était devenu rouge et douloureux, puis, au bout de trois ou quatre jours, l'abcès perça au dehors, de chaque côté, et les phénomènes aigus disparurent. Ils se reproduisirent peu de temps après également des deux côtés, et il se fit une nouvelle évacuation de pus au dehors. Les abcès apparurent et disparurent sans qu'on puisse en trouver la raison. Le malade était alors en excellente santé, il n'avait pas eu de maladies infectieuses antérieures, il n'avait pas de larmolement, pas de conjonctivite, le nez, à son dire, était complètement sain et il n'a pas souvenir qu'il y ait eu alors concomitance avec un coryza quelconque. Il ne toussait pas et rien ne fait croire chez lui à des antécédents tuberculeux.

Quoi qu'il en soit, depuis l'ouverture deux fois répétée de ces abcès, il persista un larmolement chronique sans aucun phénomène aigu. De plus, il se formait constamment dans la journée et de chaque côté une petite tumeur au niveau du sac lacrymal que le malade vidait par la pression au moins de quinze à vingt fois par jour, chaque fois il sortait un liquide clair analogue aux larmes et parfois aussi, mais plus rarement, quelques débris purulents.

Les phénomènes en sont là depuis trois ans et aujourd'hui il n'y a rien de changé. Une petite tumeur lacrymale se forme et on la vide aisément par la simple pression au niveau du sac. Il n'y a aucune lésion dans le nez ni sur les

os avoisinants, la pression sur eux ne relève aucune douleur.

La sonde de Bowmann ne peut pénétrer dans les voies lacrymales à droite. Une injection pratiquée avec la seringue d'Anel ne passe pas davantage.

Outre ces phénomènes du côté du sac, le malade est porteur d'une cataracte nucléo-corticale complète de l'œil droit. Cette cataracte est blanc terne, elle paraît demi-molle. La sensation lumineuse semble intacte.

16 mars. — Anesthésie. Incision sur le sac lacrymal droit. Pendant la dissection de ses parois, qui d'ailleurs sont minces, le sac crève; il sort un liquide citrin; on extirpe la poche par morcellement après avoir sectionné le tendon de l'orbiculaire. Suture du tendon, puis suture de la peau à l'aide de deux fils métalliques. Pansement.

19 mars. — Les fils sont enlevés, la plaie est en excellente voie de cicatrisation.

24 mars. — Le malade est guéri de sa dacryocystite. Réunion par première intention. Exeat.

20 avril. — M. Rollet pratique l'extraction de la cataracte.

30 avril. — Réunion parfaite du lambeau cornéen. Guérison normale.

6 juin. — Le malade nous écrit qu'il y a une nouvelle poussée inflammatoire du côté de l'œil gauche non traité. Mais il nous dit que l'œil opéré de cataracte y voit parfaitement bien et qu'il n'est plus incommodé par le larmoie-

17 décembre. — Dans une seconde lettre il nous donne des renseignements analogues aux précédents : « L'œil droit ne pleure plus, excepté au vent et à la poussière. »

OBSERVATION III

(In thèse de Vital Bérard : l'extirpation du sac lacrymal dans les dacryocystites. Ses résultats éloignés. Lyon, 1903).

Veuve B... (Marguerite), entre le 29 avril 1901 à l'hôpital de la Croix-Rousse, salle Sainte-Catherine, lit n° 7, service de M. Rollet.

A son entrée la malade présente une dacryocystite à droite, sans ectasie du sac, ni rougeur des téguments. Un spécialiste des environs lui faisait des cathétérismes par le point lacrymal débridé. Pas d'amélioration notable de son affection.

On la traite avant d'opérer une cataracte double, dont la malade est également porteur. Injection d'oxycyanure de mercure.

Le 3 mai, fausse route, œdème palpébral inférieur, instillation de bleu de méthylène.

Le 9 mai, état stationnaire persistant; on se décide à une intervention radicale.

Le même jour, opération par M. Rollet. Après anesthésie, incision habituelle de 18 millimètres environ, courbe.

Recherche du sac lacrymal vidé par les points lacrymaux, le sac est saisi avec une pince et détaché en bloc à l'aide de la rugine.

15 mai. — Cicatrisation complète.

21 mai. — Opération de la cataracte.

Le malade s'en va le 30. On ne note que l'état de la vision de l'œil opéré de la cataracte. Elle est d'un demi faible à 5 mètres avec un sphérique + 9. La cicatrice de l'opération

de l'extirpation du sac est imperceptible, la peau glisse sur les tissus profonds.

14 décembre 1902. — Nous écrivons à la malade qui nous fait répondre par sa famille. On nous dit qu'elle y voit très bien, au point de passer sa journée à coudre; on nous assure de sa reconnaissance. Le sens de la lettre indique que c'est surtout de la cataracte qu'on nous entretient, nul doute que si les yeux pleuraient, on nous l'eût signalé.

OBSERVATION IV (inédite)

(Due à l'obligeance de M. le professeur E. Rollet).

M^{me} D. . . , âgée de 73 ans, entrée au service de la clinique ophtalmologique le 21 juillet 1904, avec le diagnostic de cataracte droite et de dacryocystite droite.

Cette malade n'a rien à signaler de spécial dans son passé. Aucune affection oculaire ni nasale ne pouvant faire expliquer sa dacryocystite, qui remonte à plusieurs mois. Rien non plus de particulier au sujet de sa cataracte dont l'évolution a été de deux ans. Actuellement, sa cataracte se présente sous l'aspect d'une masse dure compacte, cataracte ambrée. Sa perception lumineuse seule est restée. L'iris se dilate bien à l'aide de l'atropine et le pourtour cristallinien apparaît également opacifié.

On décide de l'opérer tout d'abord de sa dacryocystite, la malade réclamant un séjour à l'hôpital aussi rapide que possible.

Le 23 juillet, on opère la malade, dacryocystectomie, le sac est dilaté et bien apparent, sa dissection se fait aisément, le sac vient d'un bloc.

Le 27 juillet, on opère la malade de sa cataracte sans iridectomie. Cataracte ambrée, d'une bonne extraction.

Le 1^{er} août, premier pansement.

Le 5 août, l'examen de la malade donne pour résultat : astigmatisme irrégulier, V. = 1/7 avec sph. + 10 D.

La malade sort du service le 6 août.

OBSERVATION V (inédite)

(Due à l'obligeance de M. le professeur E. Rollet).

P... (Pierre), 71 ans, cultivateur. Entre à la clinique ophtalmologique de l'Hôtel-Dieu de Lyon le 12 mai 1905, avec le diagnostic de cataracte et de dacryocystite suppurée de l'œil gauche.

On ne note pas d'affection oculaire antérieure, et il n'y a pas d'antécédents héréditaires ni morbides à signaler.

Le début de l'affection actuelle a commencé par du larmoiement, surtout marqué au vent et à la poussière. Le matin, au réveil, dans la région de l'angle interne de l'œil, le malade percevait au toucher une petite tumeur du volume d'un petit haricot et laissant sourdre par la pression un liquide citrin. Depuis quelques jours, le sac s'est enflammé et son contenu devient purulent.

L'appareil oculaire n'a rien à signaler. Les conjonctives bulbaires et palpébrales sont un peu rouges cependant, la cornée, toutefois, est intacte, l'iris est normal, mais la pupille, régulière, a une tendance à réagir faiblement à la lumière.

Le cristallin est opacifié en totalité, le malade ne peut compter les doigts, il n'a plus que la perception lumineuse.

Le malade est soigné dans le service du professeur Rollet par des lavages du sac et des applications de pommades, mais sans donner de résultats.

A signaler que ce malade a été opéré de cataracte à l'œil droit il y a six mois.

Les lavages du sac n'amenant aucune amélioration, le professeur Rollet décide d'opérer le malade auquel il fait, le 18 mai, une dacryocystectomie, donnant une extirpation d'un sac sclérosé, aminci. On curette la loge du sac. L'extirpation du sac a été quelque peu incomplète à cause d'une hémorragie fort gênante pour l'opérateur.

Néanmoins, au premier pansement, qui est fait le 22 mai, on note un excellent résultat opératoire.

Le 8 juin, on pratique l'ablation du cristallin cataracté. L'œil est un peu mou, flétri. Aussi peut-on aisément opérer cette cataracte sans faire d'iridectomie, mais l'extraction est rendue un peu pénible par suite de l'agitation du malade.

Le 13 juin, premier pansement : bon résultat.

Le 17 juin, examen de la vision du malade qui donne avec un sphérique de + 10 D. $\frac{1}{5}$ de V. Astigmatisme irrégulier.

OBSERVATION VI (inédite)

(Due à l'obligeance de M. le professeur E. Rollet).

B... (Alban), 69 ans, manœuvre, entre à la clinique ophtalmologique de l'Hôtel-Dieu de Lyon, avec le diagnostic de cataracte de l'œil droit et de dacryocystite droite, le 23 juillet 1909.

Cette cataracte remonte à quatre ans environ.

Actuellement, sa cataracte droite est mûre et opérable. Mais son œil baigne presque en permanence dans du pus qui vient de son sac. Aussi décide-t-on de l'opérer tout d'abord de ce sac.

Le 24 juillet 1909, opération du sac lacrymal n'ayant donné lieu à aucun incident et aboutissant cinq jours après à un excellent résultat opératoire.

Le 7 août, on opère le malade de sa cataracte. On fait une iridectomie, le cristallin est bien énucléé, c'est un cristallin dur.

Le 12 août, premier pansement : bon résultat.

Le 20 août, examen de la vision donnant pour résultat : astigmatisme de 4 D. et V. = $1/10$, avec un sphérique de + 10 D.

OBSERVATION VII (inédite)

(Observation due à l'obligeance de M. le professeur E. Rollet).

P... (Sophie), 75 ans. Entre à la clinique ophtalmologique de l'Hôtel-Dieu de Lyon avec le diagnostic de cataracte de l'œil droit.

La malade a été opérée en ville dix jours auparavant de dacryocystectomie de l'œil droit et on peut constater un excellent résultat opératoire.

Le 6 décembre, la malade étant pressée d'être opérée, on pratique l'extraction de la cataracte. L'extraction est faite à l'aide d'une iridectomie, et à l'aide du crochet on retire une cataracte dure, suivie d'une légère issue de vitré.

Le 11 décembre, premier pansement : bon résultat.

Le 13 décembre, l'examen de la vision donne le résultat suivant : V. = $1/10$, avec sphérique + 10 D., astigmatisme de 3 D.

OBSERVATION VIII (inédite)

(Due à l'obligeance de M. le professeur E. Rollet).

B... (Césarine), 63 ans, domestique, entre le 11 mai 1910 à la clinique ophtalmologique de l'Hôtel-Dieu de Lyon, porteur d'une dacryocystite de l'œil droit et ayant également à cet œil une cataracte demi-mûre.

Le 17 mai, on pratique l'extirpation du sac lacrymal droit avec succès.

Le 22 mai, premier pansement, et on constate un excellent résultat opératoire.

Le 28 mai, on l'opère de sa cataracte au moyen d'une iridectomie, sans difficulté opératoire.

Le 3 juin, premier pansement : bon résultat.

Le 6 juin, examen de la vision de la malade donnant : astigmatisme 10 D., V. = $1/15$, avec sphérique + 10 D.

OBSERVATION IX (inédite)

(Observation due à l'obligeance de M. le professeur E. Rollet).

M^{me} B... (Louise), 62 ans, ménagère, entrée au service de la clinique ophtalmologique de l'Hôtel-Dieu de Lyon le 3 août 1911, ayant comme diagnostic : dacryocystite gauche et cataractes droite et gauche.

Le passé pathologique de la malade est presque nul. Elle raconte cependant qu'il y a six ans environ, pour la première fois, elle s'aperçut de suppuration passagère au coin de l'œil gauche, suppuration intermittente et n'apparaissant pas régulièrement. La cataracte double dont elle est

porteur remonte à deux années environ. La malade s'aperçut que sa vue diminuait pour ainsi dire de jour en jour. A ce moment-là, elle consulta et elle apprit qu'elle avait une cataracte double, l'œil droit ayant précédé le gauche de quelques mois.

En ce moment elle présente une cataracte de chaque œil, mûre et opérable.

A la pression de l'angle interne de l'œil gauche on fait sortir par le point lacrymal inférieur une assez abondante quantité de pus.

Le 8 août 1911, l'extirpation du sac lacrymal gauche est pratiquée avec succès.

Le 15, premier pansement : la cicatrice est fermée et la plaie a l'aspect le plus favorable.

Le 17, deuxième et dernier pansement.

La malade est considérée comme guérie.

Le 22 août, on opère sa cataracte droite, cataracte demi-molle qu'on retire à l'aide d'une iridectomie.

Le 27 août, premier pansement : bon résultat.

Le 2 septembre, l'examen ophtalmologique de la malade donne les résultats suivants : O. D. = astigm. 6 D., V. = $1/15$, avec sph. + 10 D.

Le 12 septembre, nouvelle opération de cataracte de l'œil gauche avec iridectomie. On retire également une cataracte demi-molle.

Le 17 septembre, premier pansement : bon résultat.

Le 22 septembre, examen ophtalmologique de l'œil gauche donnant comme résultats : O. G. = astigm. 6 D., V. = $1/20$, avec sph. + 10 D.

OBSERVATION X (inédite)

(Due à l'obligeance de M. le professeur E. Rollet).

M^{me} G. . . , veuve C. . . , 66 ans, entrée au service de la clinique ophtalmologique de l'Hôtel-Dieu de Lyon le 23 avril 1919, ayant à l'œil droit une cataracte et portant au même œil une dacryocystite chronique.

La malade raconte qu'il y a près de deux années que son œil droit a commencé à être pris, sa vue se troublait chaque jour davantage, maintenant elle ne voit plus rien de cet œil, à peine le jour, dit-elle. Depuis longtemps elle avait du larmolement de cet œil, mais elle n'y attachait pas grande importance. Plus récemment, elle s'est aperçue que son sac lacrymal, à la pression, faisait parfois refluer un peu de pus dans son œil.

On constate, à l'examen de la malade, une cataracte supra-mûre et une légère ectasie du sac lacrymal de l'œil droit. A la pression, du pus s'écoule des deux points lacrymaux.

Le 24 avril, on pratique avec succès l'extirpation de ce sac.

Le 29 avril, premier pansement, plaie cicatrisée.

Le 3 mai, on opère la malade de sa cataracte, on fait une extraction simple avec suture de la cornée.

Le 9 mai, premier pansement : bon résultat.

Le 13 mai, examen ophtalmologique de la malade donnant : O. D. = V. = $\frac{1}{6}$, avec sph. + 10 D.

Sort de la clinique le 13 mai 1919.

OBSERVATION XI (inédite)

(Observation due à l'obligeance de M. le professeur E. Rollet).

M^{me} M. . . , veuve R. . . , âgée de 70 ans, entrée au service de la clinique ophtalmologique des hôpitaux de Lyon le 24 avril 1919, avec le diagnostic de cataracte de l'œil gauche et de dacryocystite du même œil.

On ne retrouve rien d'intéressant à rapporter dans les antécédents tant héréditaires que personnels de la malade. La cataracte de la malade semble avoir débuté il y a plus de deux ans. Actuellement, le cristallin est totalement opacifié.

Du côté des voies lacrymales, la malade accuse des troubles fort anciens de l'excrétion lacrymale de son œil, qui pleurait fréquemment au sujet de la moindre poussière ou simplement par suite d'un peu de vent. Cependant, la malade n'attachait pas une grande importance à cette affection. Elle reconnaît aussi qu'à certains moments l'angle interne de son œil gauche se tuméfiait un peu et qu'elle s'aperçut qu'un léger écoulement purulent survenait à cet œil. Mais cela n'avait pas de durée ni de complications et tout semblait bien vite rentrer dans l'ordre.

Actuellement, la pression exercée sur l'angle interne de cet œil amène une faible goutte muco-purulente sortant du point lacrymal inférieur.

Aussi l'extraction du sac est-elle faite, le 25 avril, avec succès. Sac légèrement ectasié.

Le 30 avril, premier pansement : plaie fermée et guérie.

Le 2 mai, deuxième pansement.

Le 15 mai, on opère la malade de sa cataracte. On fait une extraction combinée d'une cataracte régressive.

Le 21 mai, premier pansement : légère réaction inflammatoire de la conjonctive et présence d'un petit exsudat hémorragique dans la chambre antérieure.

Le 23 mai, la réaction inflammatoire conjonctivale a disparu, seul l'exsudat persiste.

Le 2 juin, l'exsudat a disparu.

V. = 9.

OBSERVATION XII (inédite)

(Due à mon maître, le docteur Jasseron, des Hôpitaux d'Oran).

G... (Maria), espagnole, de Saint-Denis-du-Sig, près d'Oran, entre à l'hôpital d'Oran le 3 mai 1919, avec le diagnostic de cataracte double et de dacryocystite droite.

Rien dans les antécédents de la malade. Jadis, comme tout Espagnol qui se respecte, elle a eu du trachôme, qui a guéri plus ou moins bien.

Actuellement, la pression de l'angle interne de son œil gauche fait sourdre un peu de liquide louche.

On fait l'extirpation du sac le 15 mai 1919, le 19 mai on défait le pansement, la plaie est cicatrisée.

Le 4 juin, on fait une extraction combinée double, opération sans incident.

Le 10 juin, premier pansement : résultat satisfaisant.

Le 14 juin, examen ophtalmoscopique de la malade et examen ophtalmométrique donnant pour résultat :

O. D. G. = V. = 6/10.

OBSERVATION XIII (inédite)

(Observation due à l'obligeance de M. le professeur E. Rollet).

M^{me} F. . . (Marie), 54 ans, entrée au service de la clinique ophtalmologique de l'Hôtel-Dieu de Lyon le 25 août 1919, ayant à l'œil droit une cataracte mûre opérable et portant également à cet œil une dacryocystite.

Rien à noter dans les antécédents héréditaires et personnels.

L'extirpation du sac lacrymal droit est pratiquée, le 30 août 1919, avec succès, et on peut pratiquer l'extraction de la cataracte du même œil le 16 septembre, donnant un bon résultat opératoire.

OBSERVATION XIV (inédite)

(Observation due à l'obligeance de M. le professeur E. Rollet).

M. B. . . (André), âgé de 64 ans, entre à la clinique ophtalmologique de l'Hôtel-Dieu de Lyon le 11 septembre 1919, avec le diagnostic d'entrée de cataracte et dacryocystite de l'œil gauche.

L'interrogatoire du malade ne fait rien connaître des antécédents héréditaires ou personnels, qui seraient donc aussi peu chargés que possible.

On pratique avec succès l'extirpation du sac lacrymal le 16 septembre 1919. Cinq jours après, le premier pansement est fait, la plaie est virtuellement fermée.

Le 2 octobre 1919, on fait l'extraction de la cataracte à

l'aide d'une iridectomie. Cataracte dure, extraite sans incident opératoire.

Le premier pansement fait constater un bon résultat opératoire et optique.

OBSERVATION XV (inédite)

(Observation due à l'obligeance de M. le professeur E. Rollet).

M^{me} D... (Maria), 66 ans, entre à la clinique ophtalmologique de l'Hôtel-Dieu de Lyon le 20 octobre 1919, ayant pour diagnostic : cataracte et dacryocystite de l'œil droit.

Rien d'intéressant à noter des antécédents de la malade qui semblent bons.

On opère la malade de son sac lacrymal qu'on lui extrait avec succès le 23 octobre 1919.

Le 28 octobre, premier pansement : plaie fermée, excellent résultat opératoire.

Le 10 novembre, la malade est opérée de sa cataracte, qui est extraite à l'aide d'une iridectomie. Cataracte demi-molle, quelques masses, qui sont également extraites.

Le 15, novembre, premier pansement, qui fait connaître un bon résultat opératoire et une bonne acuité visuelle.

OBSERVATION XVI (inédite)

(Observation due à l'obligeance de M. le professeur E. Rollet).

M^{me} B... (Victorine), 75 ans, entre au service de la clinique ophtalmologique de l'Hôtel-Dieu de Lyon le 9 décembre 1919. Son diagnostic d'entrée porte : cataracte et dacryocystite de l'œil gauche.

Rien à signaler dans les antécédents héréditaires et personnels de la malade. La cataracte semble remonter à près de deux ans. Actuellement, la cataracte est mûre, la malade ne distingue plus les doigts de son œil gauche, mais elle a une bonne perception lumineuse. Elle souffre d'un larmoiement de cet œil depuis fort longtemps. A la pression on fait sourdre par les points lacrymaux un liquide muco-purulent.

On pratique donc tout d'abord l'extraction de son sac lacrymal gauche, opération qui est faite le 11 décembre, avec succès.

Le 16 décembre, premier pansement : plaie sèche en parfaite voie de cicatrisation.

Le 28 décembre, la malade est opérée de sa cataracte. Opération qui est faite à l'aide d'une iridectomie. Le cristallin est dur et vient bien.

Le 3 janvier 1920, premier pansement : bon résultat opératoire. Vision bonne.

OBSERVATION XVII (inédite)

(Archives de M. le professeur E. Rollet).

M^{me} D... (Victorine), 75 ans, entre le 8 novembre 1919 à la clinique ophtalmologique de l'Hôtel-Dieu de Lyon, ayant à l'œil gauche une cataracte et ayant à ce même œil une dacryocystite chronique remontant à plusieurs années.

On n'a rien à noter dans les antécédents héréditaires et personnels de la malade.

Le 11 novembre, on fait à cette dame, avec un succès parfait, l'ablation de son sac lacrymal gauche. Cinq jours

après l'opération, le premier pansement est fait, la plaie est en parfait état. La malade demande à rentrer chez elle pour affaires personnelles, ce qui lui est accordé.

Elle rentre à la clinique le 6 décembre 1919 pour subir l'opération de sa cataracte qu'on lui extrait sans difficulté, après iridectomie optique, le 13 décembre.

Six jours après premier pansement, permettant de faire constater un bon résultat opératoire.

Cinq jours encore s'écoulent, et le 24 décembre on peut examiner l'acuité visuelle de la malade. On obtient pour résultat : V. = 1/30, avec sph. + 10 D.

CONCLUSIONS

Qu'il nous soit permis, à titre de conclusion, d'émettre les propositions suivantes :

1° Tout malade se présentant porteur d'une cataracte mûre pouvant être opérée, doit être examiné attentivement au point de vue d'une suppuration lacrymale de voisinage;

2° Il est de première nécessité de supprimer toute suppuration lacrymale avant l'opération de la cataracte, car les très rares complications infectieuses de l'opération de la cataracte sont presque toujours attribuables à une dacryocystite méconnue;

3° Sonder et laver le sac, c'est s'adresser à un traitement lent demandant des mois et des mois et très douteux comme efficacité. Il est donc absolument indiqué de s'adresser à une méthode plus sûre : l'ablation du sac lacrymal;

4° Nous rapportons dix-sept observations recueillies dans le service de M. le professeur Rollet. Dans aucun des cas où l'ablation du sac lacrymal a été faite, il n'y a eu consécutivement aucune infection postopératoire. Nous estimons donc que la dacryocystectomie constitue le procédé de choix et un procédé de guérison rapide;

5° L'extraction de la cataracte pourra se faire dix à douze jours après la cure radicale de dacryocystite. Les soins pour les deux opérations, lacrymales et oculaires, sont donc d'une durée d'une vingtaine de jours.

Le Président de la Thèse,

E. ROLLET.

Vu :

Le Doyen,

HUGOÛNENQ.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Lyon, le 21 février 1920.

Le Recteur, Président du Conseil de l'Université,

JOUBIN.

BIBLIOGRAPHIE

- ABADIE. — Traité des maladies des yeux, 1884.
- ARIBAUD. — Tumeur prélacrymale, Lyon, 1901.
- ARTMANN. — Über die Behandlung Thränensackes. Inaug. Dissert., Berlin, 1895.
- AYRES. — American Journal of ophtalm., p. 17, 1884.
- ALESSANDRI. — Si lesioni del singoli elementi del cordone spermatico e loro conseguenza sulla glandula genitale. Il Polinclinico, mars 1895.
- AXENFELD. — Traité d'ophtalmologie, 1914.
- BERLIN. — Klinische Monatsblätter für Augenheilkunde, p. 267, 1868.
- BUSINELLI. — Nagel's Jahresb. Bd. III, s. 440.
- BUSINELLI. — Rivista Clinica, p. 219, novembre 1872.
- BLOT. — Du traitement de la tumeur et de la fistule lacrymale par oblitération des conduits. Annales d'ocul., t. LI, p. 138, 1851.
- BADAL. — Archives d'ophtalmologie, 1885.
- BÉRARD (Vital). — Thèse de Lyon, 6 janvier 1903. De l'extirpation du sac lacrymal dans les dacryocystites. Ses résultats éloignés.
- CARNICI. — Cité par Tscherno-Swartz, mai-juin 1901.
- CIRINCIONE. — Sur la tumeur prélacrymale. Ann. ocul., août 1902.
- CORNY. — Traitement de la dacryocystite chronique par le curetage suivi du pansement à ciel ouvert.
- CHAUVEL. — Etudes ophtalmologiques, 1897.
- CORTES. — Journal de médecine de Bordeaux, 1856.
- DENONVILLIERS et GOSSELIN. — Traité des maladies des yeux, 1854.
- DE MARRES. — Traité théorique et pratique des maladies des yeux, t. I, 1834.
- DE DREZIGUÉ. — De la résection des canaux déférents, etc. Thèse de Lyon, 1896.
- EVERBUSCH. — Archiv. für klinische Medicin, p. 78, 1888.
- FONTAINE-ATGIER. — Hémorr. grave à la suite d'un débridement du sac et du canal lacrym. Revue clinique d'ocul., n° 9, p. 193, 1887.
- FOLTZ. — Anatomie et physiologie des conduits lacrymaux, Lyon, 1860.
- FUCHS. — Manuel d'ophtalmologie, 1906.
- GALEZOWSKI. — Traité des maladies des yeux, 1888.
- GUÉPIN. — Guérison d'une tumeur lacrymale par oblitération des points lacrymaux. Journal de médecine de Bordeaux, mars 1861.

- G. ARHLSTRAEM DE GOTHENBURG. — Eira, t. XVIII, 16, p. 501-509, 1895.
- HESSE (Paul). — Beitrag. zur Therapie der chronische Thränensackleiden. Inaug. Dissert., Zurich, 1893.
- HYRTH. — Handbûch der topog. Anatomie. Wien, 1860.
- JOANNÈS VON AMON. — Beitrag. für Statistisch der Thränens Extirp., Kiel, 1892.
- KUHUT. — Gesellsch. Heidelberg, 1891.
- LANDOLT (E.). — Archives d'ophtalmologie, t. XXXI, n° 6, juin 1911.
- MAGNE. — De la cure radicale de la tumeur et de la fistule du sac lacrymal à l'aide d'une méthode d'oblitération du sac. Paris, 1861.
- MULLER. — Uber die Extirp. des Thränens. Klin. Monatsbl. für Aug., t. XXXI, p. 350, 1893.
- MONOYER. — Gazette médicale de Strasbourg, p. 102, 1867.
- MEYER. — Traité pratique des maladies des yeux, 1887.
- MANFREDI. — Ann. d'occulist., 1854.
- MOOREN. — Ophtalm. Beobachtungen, 1867.
- MORAX. — Précis d'ophtalmologie, 1913.
- MAZET. — Bactériol. de l'empyème du sac lacrymal. Thèse de Paris, 1894.
- MAY (Ch.) et BOUIN (P.). — Maladies de l'œil.
- OERTSMANN. — Uber die Behandlung Thränensackes. Inaug. Dissert., Kiel, 1892.
- PANAS. — Traité des maladies des yeux, 1894.
- PFALZ-DUSSELDORF. — Deutsche Med. Zeitung, n° 85, 1891.
- POST (M.-H.). — Cataracte compliquée de dacryocystite, opération, guérison (successfull operation on a cataract complicated by dacryocystitis). American Journal of ophtalm., décembre 1908. Revue d'ophtalm., t. XXVIII, p. 559, 1909.
- ROCHON-DUVIGNEAUD et LAPERSONNE. — Rapport au XVI^e congrès de médecine, Madrid, avril 1903.
- ROHRS. — Uber die Extirpation des Thränensackes. Inaug. Dissert., Kiel, 1892.
- ROLLET (E.). — Traitement de la dacryocystite par l'extirpation du sac lacrymal. Lyon médical, n° 23, p. 175, 7 juin 1896.
- ROLLET (E.). — Tumeur prélacrymale et son traitement. Ann. ocul., mai 1900.
- ROLLET (E.). — Technique de l'extirpation du sac. Société française d'ophtalmologie, p. 542, mai 1902.
- ROLLET (E.). — Travaux de clinique ophtalmologique, mai 1914.
- ROLLET (E.). — Technique opératoire de l'extirpation du sac lacrymal à la rugine. Revue générale d'ophtalmologie, n° 9, 30 septembre 1907.
- ROLLET (E.). — De l'extirpation du sac lacrymal dans les dacryocystites, avec 8 figures. Lyon médical, 2 mai 1897.

- ROLLET (E.). — La cure radicale des dacryocystites par l'extirpation du sac lacrymal. Résultats éloignés. Revue générale d'ophtalmologie, 31 janvier 1903, 1 tableau, 4 figures.
- ROLLET (E.). — The treatment of dacryocystitis by extirpation of the lacrymal sac. The Ophtalmoscope, décembre 1903.
- ROLLET (E.). — Cataracte et dacryocystites (Communication faite à la Société de Chirurgie de Lyon, avec présentation de la malade, 30 mai 1901). In La Clinique ophtalmologique, 7^e année, n° 14, 25 juillet 1901.
- ROLLET (E.). — Tuberculose des voies lacrymales. Rapport présenté le 1^{er} mai 1911 au congrès de la Société française d'ophtalmologie.
- ROLLET (E.). — Trois cas de cancer non ulcéré du sac lacrymal, nouvelle indication de l'extirpation du sac. Archives d'ophtalmologie, juin 1906.
- ROLLET (E.). — L'ectasie géante du sac lacrymal.
- ROLLET et COMMANDEUR. — Archives provinciales de chirurgie, 1^{er} janvier 1896.
- RICARD et BOUSQUET. — Traité de pathologie externe, 1893.
- SALVA. — A propos de l'extirpation du sac lacrymal. Ann. d'occul., octobre 1902.
- SCARPA. — Traitement des maladies des yeux, 1821.
- SBORDONE. — Il movimento medico-chirurgico., Napoli, t. XIV, fas. 1, 1882.
- SCHREIBER. — Archiv. für ophtalm. Band, 27, t. II, 1881.
- SCHREIBER. — Jahresb. Klin., t. VI, 1888.
- SILEX. — Deutsch. med. Wochensch., 1891.
- SICHER. — Annales d'occulist., 1851.
- TERSON père. — Congrès d'ophtalmologie, Paris, 1883.
- TERSON (A.). — Archives d'ophtalmologie, t. XI, p. 224, 1891.
- TERSON (J.). — L'extraction de la cataracte compliquée de dacryocystite. La clinique ophtalmologique, 8^e année, n° 15, 10 août 1902.
- TERSON (A.) et CUÉNOT. — Bactérol. clini. de l'appar. lacrym. Gaz. des Hôp., 1894.
- TCHERNO-SWARTZ. — Zeits. f. Augen., mai-juin 1901.
- TOKUSO-KIMORA. — Über die Exst. des Thränens. Inaug. Dissert., Zurich, 1893.
- TERRIEN (F.). — Précis d'ophtalmologie, 1914.
- TRUC et VALLUDE. — Nouveaux éléments d'ophtalmologie, 1896, p. 507.
- TILLAX. — Traité de chirurgie clinique, 1894.
- TILLAX. — Traité d'anatomie topographique, 1908. Traité de chirurgie, 1890, 1892.
- TESTUT. — Traité d'anatomie humaine, t. III, 1911.
- TESTUT et JACOB. — Traité d'anatomie topographique, 1914.
- TERSON. — Les glandes lacrymales conjonctiv. et orbito-palpébr. Thèse de Paris, 1893.

TAVIGNOT. — Tumeur et fistules lacrymales guéries par l'excision des conduits. Ann. d'ocul., t. XLIII, p. 58, 1858.

TAVIGNOT. — Oblitération des conduits. Gaz. des Hôp., 1862.

VADON. — De l'extirpation du sac lacrymal dans les dacryocystites. Thèse de Lyon, n° 85, 1897.

VALUDE. — Sur l'extirpation du sac lacrymal. Ann. d'ocul., juillet 1902.

VINCENT (F.). — Tuberculose du sac lacrymal et son traitement. Thèse de Lyon, 1900.

WARLOMONT. — Dictionnaire de Dechambre. Article : Lacrymale.

DE WECKER. — Traité complet d'ophtalmologie, 1889, t. VI, p. 1902.

ZELEWSKY et PLANT. — Microbes conjonctiv. après extraction du sac lacrymal. Klin Monat. f. Augen, 1901.
